





Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht

von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Erste Zusammenstellung vom Kriegsbeginn bis Mitte März 1915.

Inhaltsübersicht.

Die Frage liegt bei Beginn einer solchen Zusammenstellung nahe, was man eigentlich — neben zufälligen Einzelerfahrungen — an allgemeinen Erkenntnissen auf dem Gebiete der Neurosen und Psychosen von den Kriegsbeobachtungen überhaupt erwarten darf. Ganz neue Krankheitstypen doch gewiß nicht, denn die pathogenen Schädlichkeiten des Krieges entsprechen — soviel läßt sich schon im voraus übersehen — zum mindesten der Qualität nach durchaus den bereits bekannten. Nun, dafür zunächst einmal einen erschöpfenden und einwandfreien Überblick über Art und Zahl der im Kriege vorkommenden nervösen und psychischen Störungen, wie ihn die früheren Kriegsbeobachtungen, speziell die naheliegendsten von 1870, infolge mancher Unzulänglichkeiten der klinischen Einsicht noch nicht gebracht hatten. Darüber hinaus aber vielleicht noch Wichtigeres: So vor allem Klarheit über das Verhältnis von endogenen

und exogenen Faktoren, von Disposition und äußeren Schädlichkeiten bei diesen Erkrankungen, über die allgemeine ätiologische Bedeutung materieller und psychischer Noxen sowie ihren Anteil an der Entstehung, dem Verlauf und der symptomatologischen Ausgestaltung der einzelnen Krankheitsformen, über die charakteristischen Differenzen der Krankheitstypen und -symptome je nach der vorwiegend somatischen oder psychischen Verursachung, über die Determinierung der Symptome je nach der Art der psychisch wirksamen äußeren Einflüsse oder individuelle Eigentümlichkeiten usw. Ob diese sowohl in allgemein pathologischer wie spezieller klinischer Hinsicht bedeutungsvollen Fragen nun auch eine ausreichende Beantwortung finden, läßt sich von vornherein nicht sagen. Es wird natürlich einmal von dem Wert der klinischen Bearbeitungen des gewonnenen Materials abhängen, sodann aber vor allem von den besonderen Bedingungen, unter denen diese Störungen im Kriege überhaupt auftreten und zur Beobachtung gelangen. Nur wenn diese relativ einfach, unkompliziert und leicht übersehbar sind, wird man auch einwandfreie, eindeutige und damit endgültige Resultate erhalten.

Daß bei dieser Zusammenstellung die Neurosen mit den Psychosen zusammen verarbeitet werden, bedarf keiner weiteren Begründung. Hätten es nicht schon die Friedenserfahrungen zur Genüge gelehrt, so wären gerade diese Kriegsbeobachtungen ganz dazu angetan, die enge Zusammengehörigkeit dieser beiden Gruppen ins rechte Licht zu setzen.

Der Sammelbericht faßt zunächst einmal die Ergebnisse ungefähr des ersten Kriegshalbjahrs zusammen. Waren auch äußere Gründe dafür bestimmend, so ist doch eine solche abschnittsweise Betrachtung auch sachlich gerechtfertigt. A priori darf man aus naheliegenden Überlegungen annehmen und mancherlei Erfahrungen aus den früheren Kriegen (etwa im russisch-japanischen die Beobachtungen von Awtokratow auf der einen, von Oseretzkowski auf der anderen Seite) bestätigen es, daß sich die Krankheitsverhältnisse im Laufe des Krieges qualitativ wie quantitativ verschieben können —, Veränderungen, die natürlich bei zeitlich geordneter Gruppierung am klarsten heraustreten. Bei dieser ersten Gruppe ist es naturgemäß der Kriegsausbruch selbst und die Mobilisierung, die den Beobachtungen eine besondere, den späteren fehlende Note verleiht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Die allgemeinen psychischen Veränderungen, die unter dem Einflusse des Krieges und insbesondere des Kriegsausbruchs zustande kamen, wird man nicht ganz übergehen dürfen. Nicht allein deshalb, weil sie zum Teil zu Auswüchsen geführt haben, die hart ans Pathologische heranreichen, sondern auch darum, weil die normalpsychologischen Wirkungen der durch den Krieg ausgelösten seelischen Erregungen geeignete Vergleichsobjekte für die analogen pathologischen Folgeerscheinungen, speziell gewisse psychogene Störungen bieten, und vor allem, weil es von entschiedenem Wert ist, die allgemeinen psychologischen Bedingungen zu kennen, unter denen diese Kriegspatienten — sei es zu Haus, sei es im Felde — bei der Entstehung und Entwicklung

ihrer psychischen und nervösen Störungen standen (wobei zunächst noch dahingestellt bleiben mag, ob diese psychologischen Momente pathogenetisch irgendwie ins Gewicht fielen).

Eine Gesamtdarstellung der allgemeinen psychischen Wirkungen des Kriegsausbruchs ist in der Fachliteratur bisher wohl nicht gegeben worden, nur einzelne Seiten — und, wie naheliegend, vorzugsweise die ans Pathologische grenzenden —, haben eine ausreichende Würdigung erfahren.

Wollte man versuchen, all diese plötzlichen und weitgehenden seelischen Umgestaltungen einheitlich zu fassen, so ließe sich dies wohl — soviel sei kurz bemerkt — am ehesten durch Heraushebung eines Phänomens: des akuten Überwertigwerden des „Kriegskomplexes“ ermöglichen. Die starke Heraushebung und die absolute Vorherrschaft dieses einen, Vorstellungskreise von allerstärkstem Gefühlswert umfassenden, Gedankenkomplexes im Bewußtsein und überhaupt im ganzen seelischen Leben, wie sie das Wesen der Überwertigkeit ausmacht und — zum mindesten am Anfang des Krieges — in ausgeprägtester Weise hervortrat, erklärt die verschiedensten Erscheinungen: so die völlige Beherrschung der Gedankenwelt, die nur auf ihn gerichtet war, nun alles nur unter diesem einen Gesichtspunkt betrachtete und damit in Verbindung brachte; die vollkommene Absorption des Interesses, das nunmehr keine anderen Interessen mehr kannte und selbst von den wichtigsten bisher dominierenden persönlichen Dingen ganz abgelenkt und weggezogen wurde. Der allgemeine ethische Hochschwung, der mit dieser Außerachtlassung der Sorge um das eigne materielle und körperliche Wohl Hand in Hand ging, ist besonders aufgefallen. Die Nichtbeachtung der eigenen körperlichen Beschwerden, des Hauptinteressenkreises für viele, hat nach Leppmann selbst im Gefängnis, trotz gleichbleibender Kopfzahl der Gefangenen, die Zahl der Vormeldungen zum Arzt vom ersten Kriegstage an mit einem Ruck auf die Hälfte und tiefer zurückgehen lassen und nach Hoche die Luxussanatorien geleert, so daß sogar von einer Besserung des nervösen Durchschnittszustandes in gewisser Richtung bei der Zivilbevölkerung die Rede sein konnte. Weiter erklärt sich aus dieser Überwertigkeit des Kriegskomplexes jene Umwälzung im Wertungsbereiche, jene Nivellierung aller bisherigen Werte, jene Verschiebung aller sonst geltenden Wertmaßstäbe und Aufhebung sämtlicher Wertabstufungen, die alle bisher schwerwiegenden Unterschiede, alle bisher hochgehaltenen Differenzen und Gegensätze im sozialen, wirtschaftlichen, konfessionellen, politischen Leben auf einmal umwarf und zum Schwinden brachte. Auch der ungewöhnlich starke und lebhafte Gefühls- und Willensimpuls, der überall da zur Geltung kam, wo dieser nunmehr allein noch bedeutsame, alles beherrschende Lebenswert in Frage kam (Kriegsfreiwillige!), läßt sich zwanglos auf diese Verschiebung der seelischen Maßbeziehungen zugunsten eines Inhalts, die Monopolisierung der Gefühlstöne für diesen einen Komplex zurückführen.

Mehr als diese werteföndernden und -steigernden psychischen Wirkungen der Kriegserregungen haben selbstverständlich ihre störenden, abnormisierenden Folgen Beachtuug gefunden. Sie geben ins-

besondere charakteristische Beiträge zur Pathopsychologie der Massenerregung.

Bonhöffer weist auf die durch die starken Affektstöße beim Kriegsbeginn erzeugte Störung des Affektgleichgewichts der Masse hin. Eine akut entwickelte Disharmonie zwischen dem affektiven und intellektuellen Teil der Psyche ließ von der starken Affektwelle vorübergehend auch die gesunde Kritik überfluten (kritiklose Spionenriecherei, Suchen nach dem Auto mit dem feindlichen Goldschatz). Die eigenartige, damals auf der Straße herrschende Stimmung — im wesentlichen dem entsprechend, was beim Einzelindividuum aus der Pathologie des Affekts bei den überwertigen Ideen bekannt ist — führte vor allem eine in der Richtung der überwertigen Idee gesteigerte Eigenbeziehung und damit Beobachtungs- und Erinnerungsfälschungen herbei. Die harmlosesten Erscheinungen wurden mißgedeutet, im Sinne vorgestellter Gefahren aufgefaßt, es kam zu einem direkten Beziehungswahn, geradezu zwangsmäßig wurde auch das indifferenteste und dürftigste Material zum Beweis für die beherrschende Idee herangezogen. So hatte von drei damals zur Beurteilung gekommenen Fällen von Spionen bei dem einen, einem bereits früher in der Klinik behandelten Imbezillen, die Tatsache, daß er coram publico auf eine Mauer geklettert war, um in einen Kasernenhof zu sehen, für die Festnahme als Spion genügt, bei dem andern, daß er in seinem Äußeren den polnischen Juden uud den Ausdruck hilfloser Angst zu erkennen gab, bei dem dritten, daß er vielgereist, berufslos war und bei mäßiger Equipierung verhältnismäßig viel Geld besaß.

Als zweite in jener Zeit sich aufdrängende, gleichfalls ins Gebiet der überwertigen Ideen fallende Erscheinung führt Bonhöffer die erstaunliche Leichtigkeit an, mit der sich im Publikum Gehörtes in kürzester Zeit in der Erinnerung umgestaltete und einen der gerade überwertigen Idee entsprechenden, mit dem Gehörten oft nur entfernt ähnlichen Inhalt annahm (derart, daß die Nachricht von der Niederlage der aus Belfort gegen Mülhausen vorgerückten französischen Truppen sich beim Publikum gewisser Stadtteile mit größter Geschwindigkeit in das Gerücht vom Falle Belforts verwandelte). Aus dieser vom Affekt geschaffenen assoziativen Erleichterung für alles der affektbetonten Idee Konforme und der Verdrängung alles ihr widersprechenden, aus diesen positiven und negativen Erinnerungsfälschungen erklärt sich nach Bonhöffer auch manches an der fremdländischen Berichterstattung, ohne daß man direkt an bewußte Lügen zu denken braucht. — Meines Erachtens wird man zum Verständnis dieser pathologischen Legendenbildung auch die abnorm erregte Phantasie und die gesteigerte Suggestibilität und Autosuggestibilität heranziehen müssen, die, vom Affekt wachgerufen und in Wirksamkeit gehalten, nun kritik- und hemmungslos in seinem Sinne sich betätigten. Auch die wirklichkeitsverfälschende Wirkung von Wunscheinflüssen wird in diesem Zusammenhange nicht außer acht zu lassen sein.

Auch von anderer Seite sind diese und ähnliche beim Kriegsausbruch beobachteten Erscheinungen unter dem Gesichtspunkt der Massenpsychologie betrachtet worden. Hoche weist speziell auf die Einheitlichkeit der

Schwingungen der Massenseele zur damaligen Zeit hin, die sich gleichartig — in günstigem wie ungünstigem Sinne — äußerte (in letzterem besonders in den Entgleisungen und Maßlosigkeiten im Kampfe gegen alles Ausländische). Roth hebt die durch die Affekterregung gesteigerte Empfänglichkeit weiterer Kreise für Ideenübertragungen, für geistige Infektionen hervor, und Stelzner spricht direkt von „aktuellen Massensuggestionen" im Hinblick auf jene Phänomene. Als solche unter dem Einfluß der Kriegserregungen entstandene suggestive Massenbewegungen führt sie im einzelnen an: den Spionageverdacht, die Furcht vor der Hungersnot und demzufolge den übertriebenen Ankauf von Lebensmitteln, das Mißtrauen gegen die öffentlichen Kassen und damit den Ansturm auf die Sparkassen und schließlich „die Epidemie des Goldgeizes" Die günstigen Vorbedingungen für die Aufnahme solcher suggestiven Werte sieht Stelzner ganz allgemein in der durch ein unvorhergesehenes Ereignis erschreckten Volksseele und im speziellen erstens in einer momentanen Intelligenzherabsetzung, gegeben durch den Verlust der Abmessungsfähigkeit für schreckhafte Ereignisse und die damit verbundene Leichtgläubigkeit, zweitens in der bei vielen fehlenden heilsamen Ableitung durch die gewohnte Arbeit und drittens in der durch ganz besonders durch Furcht und Erwartung gespannten Affekterregbarkeit. — Wenn man mit Roth einfach sagt, daß der Affekt (Angst, Furcht, Sorge usw.) die Gefahren vergrößert, so wären, meine ich, diese Dinge mit einem Wort durchsichtig dargestellt[1]).

Viel wichtiger als diese zu Hause an der Zivilbevölkerung gemachten Kriegsbeobachtungen sind natürlich die Erfahrungen über die natürlichen seelischen Wirkungen der Kriegserregungen beim Heere im Felde. Denn eine richtige pathogenetische Bewertung der psychischen Kriegserschütterungen ist erst möglich, wenn Klarheit über den Affektwert der einzelnen Kriegsgeschehnisse und Situationen, über den durchschnittlichen Gefühlszustand der Feldzugsteilnehmer und ihre emotionelle Ansprechbarkeit und Empfänglichkeit für die im Felde dargebotenen psychischen Reize geschaffen ist. Solche Beobachtungen, die bei aller Anerkennung der individuellen psychischen Differenzen sehr wohl allgemein Gültiges geben könnten, fehlen bisher so gut wie ganz, und doch wäre es von besonderem Wert, wenn geübte Fremd- und Selbstbeobachter neben den aus den Feldpostbriefen bekannten seelischen Äußerungen des Mutes, der Tapferkeit, des Gleichmuts, der Geistesgegenwart usw. auch jene schildern würden, denen man sonst bei katastrophalen Ereignissen, in Leib und Leben bedrohenden Situationen immer wieder zu begegnen pflegt, und die pathogenetisch schwerer ins Gewicht fallen.

Von bisherigen Feststellungen ist folgendes anzuführen: Roth weist ganz allgemein auf den Zufluß an Nervenenergie hin, den Zuwachs an Nervenspannkraft, der dem Heere aus der allgemeinen Begeisterung und anderen geistigen und ethischen Kräften zuströme — eine Auffassung, die

[1]) Auf die nationalpsychologischen Differenzen in der psychischen Reaktion auf die Kriegserregungen, die auch verschiedentlich bearbeitet worden sind (z. B. von Loewenfeld) gehe ich nicht ein. Es würde zu weit vom Thema abführen.

hier Erwähnung finden soll, weil sie sich meines Erachtens im Hinblick auf die bekannte, Kraft und Leistung steigernde Wirkung der Affekterregung sehr wohl psychologisch rechtfertigen läßt. Als Beweis für die aus dem Vorherrschen des Affekts erwachsene Erhöhung der geistigen Schwungkraft bei den ins Feld ziehenden und dort stehenden Truppen hebt er die Äußerungen von treffendem Humor und tiefem Empfinden hervor, die sich auch bei sonst völlig nüchternen Naturen in Feldpostbriefen, Schützengrabenpoesie, Bahnwagenaufschriften u. dgl. kundgäben. Hoche spricht bezüglich der Gefühlsverfassung des Heeres von einem im Kriege in der Regel vorauszusetzenden Dauerzustand des Gemüts, und zwar einem die psychischen und körperlichen Schädlichkeiten des Krieges ausgleichenden erhöhten Tonus beim erfolgreichen, einem entgegengesetzten beim geschlagenen, in der Auflösung begriffenen Heere. Das Seelenleben der aktiven Feldzugsteilnehmer stellt nach ihm nicht bloß eine Kette dauernder stärkster Erregungen dar, so wenig wie die Todesgefahr für die meisten einen dauernd wirksamen Gemütsfaktor bedeute. Schwerer und nervös verderblicher als die Lebensgefährdung bei aktivem Draufgehen sei nach vielen Beobachtungen das passive Aushalten durch Stunden, ev. Tage in konzentrierter Todesnähe, noch dazu verschärft durch fortgesetzt heftige Sinneseindrücke wie im Granatfeuer. Im übrigen ließen die Wirkungen der Gewohnheit schließlich auch das Ungeheure alltäglich werden. — Als Wirkungen dieser emotionellen Anpassung und Gewöhnung, als Folgen einer schnell eintretenden Gefühlsabstumpfung wird man wohl auch die von Weygandt erwähnten Selbstbeobachtungen von Kämpfern ansprechen dürfen, wonach im Kugelregen die Affekte ganz zurückträten. Weygandt bringt sie allerdings in Beziehung zu jenem bekannten Auslöschen der Affekte, jenen eigentümlichen Gleichmut und Apathie, wie sie bei Katastrophen (Erdbeben u. dgl.) von Stierlin, d'Abundo u. a. beschrieben wurden.

Aus Neumanns direkt im Felde gewonnenen psychologischen Beobachtungen ist zu ersehen, daß die Stimmung bei seiner Kompagnie im allgemeinen gut war, daß scheinbare Kleinigkeiten (Briefe, Witze) diese heben können, daß das Bewußtsein, ärztliche Hilfe in der Nähe zu haben, beruhigend wirkt. Die Mitteilung, daß ein übler Trinker während eines heftigen Bombardements in einem vollen Weinkeller nichts trank, mag zur Charakteristik der psychischen Wirkungen der Kriegsereignisse noch Erwähnung finden. — Schließlich sei noch des „Frontpessimismus" gedacht, der nach Hoche gewisse Soldaten befällt, die bei schwer nehmender Gesamtverfassung von dem lokalen Eindruck der ihnen entgegenstehenden Schwierigkeiten überstark beeinflußt würden.

Ans Pathologische heranreichende psychische Massenäußerungen, analog den vorher bei der Zivilbevölkerung gekennzeichneten sind anscheinend im Felde bisher ausgeblieben. Moll meint, je näher der Front, um so weniger Erscheinungen der Massenpsychose. Vorläufig fehlen jedenfalls in der Fachliteratur Schilderungen von panikartigen Massenerregungen unter dem Einfluß eines allgemeinen starken Affekts, Angst, Schrecks u. dgl., die in früheren Kriegen durchaus nicht zu den Sel-

tenheiten gehörten[1]), und auch jene — sei es wunsch-, sei es angstgefärbten — illusionären oder halluzinatorischen Massenerlebnisse und Massenwahrnehmungsfälschungen, wie sie bei starker Gefühls- und Phantasieerregung, im Zustande starker Affektspannung und körperlicher Abspannung sich einzustellen pflegen und bekanntlich in den verschiedensten Feldzügen (deutsch-französischem, ostasiatischem, Balkankrieg usw.) mehr oder weniger ausgeprägt zur Beobachtung gekommen sind, sind bis auf vereinzelte, bei den nervösen Erschöpfungszuständen näher zu kennzeichnende Fälle anscheinend nicht bekannt geworden[2]).

Von abnormen Einzelerscheinungen führt Meyer gewisse Beobachtungen an, bei denen die Vorstellung der Spionage, Spionenfurcht, gegen Vorgesetzte und Kameraden gerichtet, über die allgemein herrschende

---

[1]) Pfülpf (Die Panik im Kriege. München 1908) führt in einer Übersicht allein 12 genau bezeichnete Panikvorkommnisse aus dem Kriege 1870/71 auf.

[2]) Daß solche Vorkommnisse auch in diesem Krieg immerhin häufiger sein mögen, als es den Anschein hat, zumal bei den frisch ins Feld Gerückten, zeigt ein in einer Tageszeitung veröffentlichter Feldpostbrief, der hier Erwähnung finden mag, da er in ungemein glaubwürdiger Weise den seelischen Zustand und das äußere Verhalten von jungen Soldaten schildert, die zum erstenmal des Nachts Feldwache halten müssen: In Feindesland mit der Aufgabe betraut, eine feindliche Kosakenabteilung, die ihre Stellung beunruhigte, irgendwie unschädlich zu machen, waren die Leute, weil zum erstenmal einer solchen Aufgabe gegenübergestellt, von vornherein ziemlich nervös. Die tiefe Nacht und die beklemmenden und aufregenden Eindrücke eines in Brand gesetzten Dorfes trugen auf dem Wege zu ihren Postenstellungen noch dazu bei, sie innerlich zu verwirren und zu erschrecken. Ihr Führer versah sie deshalb sorgfältig mit Instruktionen, warnte sie vor allem, nicht gleich in jedem unbestimmten Eindrucke herannahende Patrouillen zu sehen, verbot ihnen aufs strengste zu schießen, bevor er benachrichtigt sei, und beschloß der Sicherheit halber und zur Beruhigung der Leute auch noch öfter zu kontrollieren. Beim nächsten Rundgang mußte er an einem kleinen Teich vorbei und scheuchte dabei eine Schar Enten auf, die nun mit Sausen über die Köpfe der Posten wegschwirrten. Schon fielen da und dort Schüsse, und die Posten fand er nicht mehr auf ihrem Platz, sondern in einem ihnen nur für den Ernstfall zugewiesenen Graben. Sie erzählten, durch den Teich watende Russen hätten einen Überfall auf sie versucht, wären aber rechtzeitig verjagt worden. Der Führer beruhigte die Aufgeregten, stellte sie wieder an ihre Plätze und glaubte nun für den Rest der Nacht Ruhe zu haben. Doch es fiel dann wieder plötzlich ein Schuß, dem bald weitere nachfolgten, um zuletzt in ein lebhaftes Feuer auszuarten. Ein nach vorn zur Erkundung geschickter Mann kam atemlos zurück, schon von weitem schreiend: Anreitende Kosaken! Mit seinen übrigen Leuten nach vorn in den Graben eilend, fand der Offizier nun dort bereits die anderen Posten stark feuernd vor. Ein Mann machte ihn rasch auf hin und her galoppierende Gestalten aufmerksam, und es wurde nun weiter geschossen, bis gar nichts mehr zu sehen war. Dann erzählte ihm einer der Posten, er hätte schon lange die langsame Annäherung einer dieser dunklen Gestalten beobachtet, nach seinem, des Führers, Geheiß aber mit dem Schießen gewartet, bis er sich überzeugt hatte, daß die Reiter keine Lanzen trugen, wie die deutsche Kavallerie. Danach hätte er seine Kameraden aufmerksam gemacht, und bei näherer Beobachtung hätten sie zunächst etwa acht dieser dunklen Gestalten bemerkt, die sich langsam hin und her bewegt hätten. Allmählich waren es immer mehr geworden, so daß es ihnen doch ratsam erschien, den Graben zu beziehen und in Eile ohne vorherige Benachrichtigung das Feuer zu eröffnen. — Als Erfolg des Gefechts fand man 17 getötete Kühe, denen allein der Kampf in der Nacht gegolten hatte.

Massenbeunruhigung hinausging und unzweifelhaft abnormen Charakter nach Art einer Wernickeschen überwertigen Idee annahm, sodann Erscheinungen einer gewissen Erregbarkeit, die bei dem einen, bei dem jegliche Veranlagung oder besondere Ursache fehlte, bis zu voller Beruhigung und Krankheitseinsicht zurückging. Meyer wurde bei diesen Fällen an Querulanten- und Eifersuchtswahn erinnert.

Von besonderer Bedeutung ist natürlich im Hinblick auf nervöse und psychotische Kombinationen und Komplikationen die Kenntnis des Seelenzustandes der Kriegsverwundeten.

Münzer weist auf Grund von Feldbeobachtungen darauf hin, daß auf dem Schlachtfelde eine Reihe von Eindrücken von wechselnder Art und Stärke (Wundschmerz, Fehlen von Speise und Trank, Ausharren im Kugelregen usw.) auf den Verwundeten einwirkten, deren Gewalt er sich nicht zu entziehen vermöge. Allerdings gewinne der Leichtverwundete in der Regel, sobald der erste Schrecken überwunden sei, seinen Gleichmut wieder. Beim Schwerverwundeten mache sich zunächst vorübergehend die Shockwirkung geltend, die sich psychisch durch einen eigenartig apathischen Zustand charakterisiere. Danach könne man zwei differente Verwundetentypen unterscheiden: die einen ruhig, besonnen und gleichmütig, die anderen reizbar, leicht erregbar, anspruchsvoll, unzufrieden, wehleidig, willensschwach und unfähig zur Selbstbeherrschung. Dieses letztere Verhalten bessere sich übrigens bei einzelnen mit der Verbesserung der Bedingungen der Lazarettbehandlung.

Münzer führt diese von ihm als krankhaft angesprochene seelische Beeinträchtigung im Anschluß an die Verletzung zunächst auf die Ungunst der äußeren Umstände und der Umgebung zurück, unter der solche Verwundungen zustande zu kommen pflegen (Schützengraben, vom Regen aufgeweichtes Gelände, der Verletzte selbst durchnäßt und frierend, ungenügend ausgeruht, an den Gefechtstagen nicht regelmäßig ernährt), des weiteren aber auf die durch die Bequemlichkeiten des Alltagslebens erzeugte Verweichlichung und nun durch den Kriegsausbruch erzwungene plötzliche Änderung der Lebensführung, welche im Sinne einer leichten Störung des seelischen Gleichgewichts wirkten. Die psychische Veränderung selbst spricht er als traumatische Neurasthenie an. — In diesem Bilde der traumatischen Neurasthenie würden sich demnach zwei verschiedenartige und meines Erachtens möglichst auseinander zu haltende Erscheinungsgruppen mischen: Einmal die durch den schwächenden Einfluß der Verwundung und sonstiger somatischer Schädlichkeiten hervorgerufene Nervenschwäche, sodann aber die natürlichen psychischen Reaktionen eines empfindlichen, verweichlichten Organismus auf die Unlustreize eines ungewohnten Milieus.

Auch das psychische Verhalten der innerlich erkrankten Mannschaften weist einige beachtenswerte Eigentümlichkeiten auf. Neisser betont aus der Krankenhauserfahrung heraus, daß sich bei diesen Kranken infolge des Fehlens eines äußerlich erkennbaren Dokuments ihrer Erkrankung, wie es die Verwundeten selbst in den leichtesten Fällen noch darböten, der natürliche Wunsch entwickele, die Beschwerden möglichst

hervortreten zu lassen, und dieser dann psychische Irradiationen auf den eigenen Körper und auch auf die Nachbarn und das Fortbestehen sonst leicht verschwindender Symptome nach sich ziehe.

Im übrigen wird der Genesungswille, der ja bei den verschiedensten Erkrankungen praktisch ins Gewicht fällt und speziell für die Fixierung psychogener Zustände und Symptome oft ausschlaggebend wirkt, von einzelnen Autoren, z. B. von Hoche, bei diesen aus dem Felde Zurückgeschickten sehr günstig eingeschätzt. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Soldaten, die er sah, zeigte das Interesse, nach Kräften an ihrer Gesundung mitzuarbeiten. Allerdings verhehlt sich auch Hoche nicht, daß später, nach dem Kriege, die zunehmenden Rentenverfahren dieses Interesse am Gesundwerden abschwächen könnten.

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Für die Häufigkeit der Psychosen und Neurosen im gegenwärtigen Kriege fehlt es selbstverständlich vorderhand an beweiskräftigen und irgendein abschließendes Urteil gestattenden Zahlen. Der allgemeine Eindruck, sowohl bei Beobachtern im Felde (z. B. Mendel) wie in der Heimat (Oppenheim, Wollenberg u. a.), ist vorläufig jedenfalls der, daß sie viel seltener vorkommen, als man nach Menge und Stärke der im Felde wirksamen Schädlichkeiten auf der einen, nach den Erfahrungen früherer Kriege auf der anderen Seite erwarten mußte und erwartet hat. Nach Moll wurden in Lüttich vom 14. August bis 9. September 1914 nur 19 Psychosen beobachtet, eine sehr geringe Zahl im Verhältnis zu der ungeheuren Menge, die durch Lüttich zog und in der Nähe stand, — und in einem Kriegslazarett in den Argonnen, durch das etwa 20—30 000 Soldaten gekommen waren, wurden nur 10—12 Psychosen gezählt. Dementsprechend heißt es auch in einem offiziösen Bericht über den Gesundheitszustand der Truppen des I. bayrischen Armeekorps, den die Münchner Korrespondenz Hoffmann Ende September 1914 auf Grund von Mitteilungen von „berufener“ Seite veröffentlichte: „Besonders verdient erwähnt zu werden, daß die s. Zt. im russisch-japanischen Kriege so häufig beobachteten nervösen und geistigen Erkrankungen bisher nur in ganz verschwindend seltenen Fällen aufgetreten sind, trotzdem das ruhige tagelange Aushalten unserer Truppen in den Schützengräben die größten Anforderungen an die nervöse Widerstandskraft des Soldaten stellte[1]).“ Immerhin wird man nicht übersehen dürfen, was Bonhöffer auf Grund der Statistik über die Zahl der Geisteskranken in der deutschen Armee in der Zeit des deutsch-französischen Krieges und in der englischen in der Zeit des Burenkrieges betont, daß eine Zunahme der psychischen Störungen erst gegen Ende

[1]) Auch im englischen Heere sollen nach einem Bericht aus London (Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 11) Nerven- und Geisteskrankheiten nicht sehr zahlreich sein. Dem widerspricht allerdings in gewisser Hinsicht eine Mitteilung des „New York Herald“, die auch in medizinische Zeitschriften übergegangen ist (siehe Med. Klin. 1915, Nr. 8). Diese betont die auffallende Häufigkeit nervöser Erkrankungen, besonders nervöser Kollapszustände unter den englischen Soldaten, die während vieler Wochen unter deutschem Feuer im Schützengraben lagen. Die psychiatrische Abteilung in dem großen Hospital in Netley sei bis

des Krieges oder nachher erfolgt, und daß am Anfang des Feldzugs viele psychotischen und psychopathischen Reaktionen nicht unter ihrer eigentlichen Rubrik gehen, sondern unter einer an sich nebensächlicheren, speziell chirurgischen Etikette. Nebenbei bemerkt, glaubt Hoche auf Grund der Erfahrungen in früheren deutschen Kriegen für die Geisteskranken im gegenwärtigen beim deutschen Heere einen Wahrscheinlichkeitssatz von 2 : 1000 ansetzen und demgemäß für eine Armee von 4—5 Millionen auf etwa 8—10 000 Geisteskranke rechnen zu dürfen[1]).

Eine Steigerung der Erkrankungszahl speziell während der Mobilmachungsperiode wird im Gegensatz zu der allgemeinen geringen Hebung der Kriegszahlen von den verschiedensten Seiten anerkannt (Bonhöffer, Wollenberg, Fuchs u. a.), eine Erscheinung, die sich nach Wollenberg (speziell für Elsaß) daraus erklärt, daß mit der sofortigen Aufbietung des Landsturms eine Anzahl gesundheitlich und sozial unsicherer Elemente plötzlich in ganz ungewohnte Verhältnisse versetzt wurde.

In ätiologischer Hinsicht werden allgemein die unvermeidlich mit dem Feldzug verknüpften allgemeinen, somatisch wie psychisch wirkenden Noxen — Strapazen, Überanstrengungen, Entbehrungen auf der einen, Gemütserschütterungen, Affekte, emotionelle Spannungen, starke Sinneseindrücke auf der anderen Seite — als wirksame pathogene Faktoren anerkannt, wenn auch der Anteil, der der einen oder anderen Gruppe für die Krankheitsverursachung zugeschrieben wird, je nach den allgemeinen pathologischen Anschauungen der Autoren sich verschieden groß gestaltet. Jedenfalls verdient besondere Hervorhebung, daß neben den unbestrittenen krankmachenden körperlichen (Erschöpfungs- u. dgl.) Einflüssen auch die psychotraumatischen allenthalben entsprechend gewürdigt werden, ein Fortschritt, der wohl weniger aufs Konto der Unfallneurosen als der neueren Beobachtungen über die Folgezustände von Katastrophen zu setzen ist. Von psychischen Einzelmomenten wird neben naheliegenden und anerkannten speziell auch das passive Zuwartenmüssen (Zanggers „andauernde Zwangssituationen ohne Betätigung“?) verschiedentlich als ungünstig hervorgehoben.

Hinsichtlich des eudogenen Faktors, der Disposition zu psychischen und nervösen Störungen, ist zunächst auf die ziemlich allgemein vertretene Überzeugung von der ungewöhnlich starken Nervenkraft und seelischen Resistenzfähigkeit der deutschen Truppen hinzuweisen, die aus dem bisher im Verhältnis zur Zahl und Schwere der wirksamen Kriegsschädlichkeiten ungewöhnlich geringem Prozentsatz an Erkrankten er-

---

zum letzten Platz gefüllt und sämtliche Hospitäler im südlichen England seien mit Kranken belegt, die psychisch zusammengebrochen seien. Sie boten zum Teil das typische Bild der traumatischen Neurose. Vielfach verübten diese psychisch schwer alterierten Soldaten Selbstverstümmelungen oder setzten ihre Gliedmaßen absichtlich dem feindlichen Feuer aus, um von dem furchtbaren Schützengrabendienst loszukommen.

[1]) Bei der Friedensarmee betrug die Zahl der Geisteskranken 1904/05 1,1‰, 1910/11 1,5‰, bei der Zivilbevölkerung im Durchschnitt der letzten Jahre etwa 0,3—0,4‰ (E. Meyer).

schlossen wird. Die Entscheidung über die Richtigkeit dieses Rückschlusses wird man vorläufig noch vertagen müssen, in jedem Fall werden dadurch gewisse biologisch bedeutsame Fragen, so speziell die nach dem degenerativ wirkenden Einfluß der Kultur auf die körperliche und seelische Beschaffenheit eines Volkes nach irgendeiner Richtung hin eine Beantwortung erfahren.

Bezüglich des Auftretens der nervösen und psychischen Kriegserkrankungen selbst wird im allgemeinen, wie naheliegend, betont, daß sie ganz vorwiegend bei Disponierten auftreten. Dabei wird aber nicht nur eine angeborene, sondern auch eine erworbene Disposition anerkannt, wie sie durch vorangegangenen chronischen Alkoholmißbrauch, frühere Kopfverletzungen mit Gehirnerschütterung u. dgl. gegeben ist (z. B. Oppenheim) — eine Auffassung, die ja auch der Friedenserfahrung für solche Fälle nicht fremd ist. Daneben werden aber auch Beobachtungen angeführt, in denen die durch die Kriegserschütterungen hervorgerufenen Neurosen und Psychosen unbelastete, bisher anscheinend voll gesunde Individuen betrafen und damit die Erfahrungen bestätigt, die man bei solchen Krankheitsfällen im Anschluß an Katastrophen gemacht hat. Bei den einzelnen Krankheitsformen wird dies noch charakteristisch zum Ausdruck kommen.

Eine Gruppierung der Kriegsneurosen und -psychosen je nach dem Maß der psychischen Widerstandskraft hat Wollenberg bis zu einem gewissen Grade zu geben versucht, indem er die von ihm beobachteten Fälle, je nach ihrer zeitlichen Beziehung zu den kriegerischen Ereignissen, zusammenstellt. Die erste Gruppe, mit der geringsten seelischen Resistenzkraft, umfaßt die während der Kriegsvorbereitungen in der Mobilmachungsperiode der Klinik zugegangenen Fälle, die dritte mit der größten die nervösen Störungen des Wundbetts und Krankenlagers, und die Mittelgruppe endlich faßt die während der kriegerischen Ereignisse selbst zum Ausbruch gekommenen Fälle zusammen.

Der Art nach fielen unter jene erste Gruppe neben Fällen, bei denen die Kriegsereignisse nur den Anstoß zum Ausbruch einer Psychose gegeben hatten, die auch sonst bei entsprechender Gelegenheit aufgetreten wäre, also von Anfällen von manisch-depressivem Irresein, von paranoiden und schizophrenen Erkrankungen, einmal Alkoholdelirien, sodann episodische Erregungszustände bei Psychopathen, des weiteren auch gewisse, wohl auf Erschöpfung beruhende Dämmerzustände. Die zweite Gruppe war durch hysterische Schreckpsychosen und psychisch-nervöse Störungen auf dem Boden der Erschöpfung gekennzeichnet, während die dritte, einförmige, durch ausgesprochene Hyperästhesie im Zusammenhang mit einer Verwundung sich charakterisierte.

Im übrigen ergaben die Kriegsbeobachtungen (die nebenbei bemerkt vorwiegend aus Kliniken stammen) bezüglich des Anteils der einzelnen Krankheitsformen folgende Resultate:

Nach Bonhöffer waren von 125 Offizieren und Soldaten, die seit der Mobilmachung bis etwa Anfang Dezember 1914 der Berliner Klinik zugegangen waren:

Psychopathische Konstitutionen 54%,
Alkoholismus 10%,
Schizophrenie 7%,
Epilepsie 14%,
Progressive Paralyse 6%,
Symptomatische Psychosen 3%,
Nervosität bei organischer Kopfverletzung 2%,
Manisch depressives Irresein 3%.

Anfangs war der Prozentsatz der Alkoholisten infolge der Delirien der Mobilmachungszeit verhältnismäßig noch größer.

Meyers Zahlen aus der Königsberger Klinik ergeben für die Zeit vom 7. August (Tag der ersten Soldatenaufnahme) bis 7. November 1914:

Psychopathische Konstitutionen 13,5%,
Psychopathische Reaktionen, die der Hauptsache nach der Psychogenie und Hysterie zugehören, 18%,
Die ihr nahestehenden traumatischen Neurosen 6%,
Imbezillität 8%,
Alkoholismus chronicus 16%,
Akute Alkoholpsychosen 5,5%,
Schizophrenie 7,5%,
Epilepsie 11,5%,
Progressive Paralyse 3,5%,
Manisch-depressives Irresein 4%,
Dazu noch einzelne Fälle von symptomatischen Psychosen bei körper licher Erkrankung, bei Kopfverletzungen, Morphinismus usw.

Hahns Statistik (Frankfurt) zählt auf 100 Soldatenaufnahmen:

Hysterische Symptomenkomplexe 37,
Traumatische Neurosen (alte) 2,
Schwindler 2,
Psychopathische Erregung 1,
Nur vasomotorische Störung 1,
Neurasthenische Depression 2,
Alkoholismus 21 (6 Delirium tremens, 4 pathologischer Rausch, 11 akuter und chronischer Alkoholismus),
Katatonien (meist stuporöse Form) 13,
Epilepsie 8,
Imbecillität 7,
Organische Psychosen 4, davon 3 Paralysen,
Sowie 2 schwere Depressionen und eine fragliche Kommotionspsychose.

Der hohe Anteil der psychopathischen, psychogen-hysterischen und alkoholischen Störungen fällt bei allen drei Zusammenstellungen ins Auge.

Zum Vergleich seien ein paar Friedenszahlen aus einer Statistik von Stier (zit. nach Krause) daneben gesetzt:

Im Jahre 1905/06 betrug die Zahl der Dementia praecox in der Armee 35% der Geistesstörungen, die der psychopathischen Konstitutionen 17,5%, des epileptischen Irreseins 12%, der Manie und Melancholie 9,7%.

Imbezillität war der Zahl nach ziemlich ebenso hoch, wie die eigentlichen Geisteskrankheiten.

Zahlen aus anderen Feldzügen, wie sie in einzelnen Arbeiten (Weygandt, Meyer, Buschan, Birnbaum usw.) noch herangezogen sind, geben bei der weitgehenden Verschiedenheit der Feldzugsverhältnisse, der Lebensgewohnheiten und Volkseigenart der betreffenden Truppen kein geeignetes Vergleichsmaterial, so daß eine Aufzählung sich erübrigt. Nur die aus dem russischen Heere im Mandschureifeldzug gewonnenen Feststellungen Awtokratows seien kurz erwähnt, da sie auf einem ungewöhnlich großen Material (an 1350 geisteskranken Militärs) basieren und charakteristisch genug sind: Bei Offizieren machten chronischer Alkoholismus, Paralyse und neurasthenisches Irresein 75% aller Fälle aus, Alkoholismus allein mehr als ein Drittel, bei den Mannschaften standen an Zahl obenan die epileptischen Störungen, danach kamen Alkoholismus und Verwirrtheitszustände.

Der Anteil der verschiedenen Elemente der Feldarmee an den Erkrankungen der Meyerschen Statistik stellt sich folgendermaßen:

60,5% aller Erkrankungen betreffen Reserve und Landwehr, wobei letztere stark überwiegt,
8,5% aktive Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften,
11,5% Landsturm,
8% Ersatzreserve,
6,5% Kriegsfreiwillige,
5% Offiziere der Landwehr und Reserve.

Besondere Schlüsse zieht Meyer aus diesen Zahlen nicht.

Die einzelnen Krankheitsformen.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände.

Diese durch übermäßige funktionelle Inanspruchnahme des Nervensystems und sonstige nervenschwächende Einflüsse hervorgerufenen Zustände psychisch-nervöser Schwäche und krankhaft erhöhter nervöser Erregbarkeit sind leider in den Berichten nicht immer scharf von den Zuständen konstitutioneller Nervosität und ihren temporären Steigerungen sowie von den rein psychisch bedingten nervösen Erscheinungen getrennt. Immerhin muß versucht werden, sie möglichst rein herauszuschälen.

Mendel berichtet aus dem Felde, Neurasthenien sehe man dort viel, wenn auch weniger, als man nach der Größe der körperlichen Anstrengungen und der Schwere der affektiven Momente erwarten sollte. Häufiger als bei Mannschaften sah er neurasthenische Krankheitsbilder bei Offizieren, die dann fast stets durchaus das gleiche Bild eines nervösen Erschöpfungszustandes boten: allgemeine Energielosigkeit, Mangel an Dispositions- und Entschlußfähigkeit, Gefühl völligen körperlichen Zusammenbruchs und besonders eine starke Neigung zum Tränenvergießen, derart, daß oftmals selbst herkulisch gebaute Offiziere, die zahlreiche Gefechte ohne Wimperzucken mitgemacht hatten, wie Kinder weinten. Bei diesen nervösen Er-

schöpfungszuständen fehlte jeder Zug von Hypochondrie, Hysterie oder Melancholie. Es waren Neur„asthenien" in des Wortes eigentlichster Bedeutung.

Solche auf nervöser Erschöpfung beruhenden psychisch-nervösen Störungen werden allenthalben anerkannt und beschrieben. Wollenberg betont, daß sie speziell unter den während der Kriegsoperationen zum Ausbruch gekommenen Erkrankungen einen besonders großen Raum einnehmen und führt verschiedene Formen an. So u. a. eine große und „recht wenig erfreuliche" Sondergruppe von Neurastheniefällen, die bei sehr geringen objektiven Krankheitserscheinungen (Zittern der Finger, gesteigerte Sehnenreflexe, Dermographie) sehr lebhafte und aufdringlich vorgebrachte subjektive Beschwerden aufwiesen. Sie waren allerdings auch unter den Kranken der Mobilmachungsperiode zahlreich vertreten. Des weiteren Fälle, in denen ein plötzlich eintretender Anfall von Ohnmacht und Bewußtlosigkeit — in einigen Fällen wohl die comatöse Form des Hitzschlags darstellend, für den die betreffenden Leute ihn meist angesprochen hatten, in anderen auch einfach Ohnmachtsanfälle aus Schwäche — das neurasthenische Krankheitsbild einleiteten. Zwei der bestbeobachteten Fälle betrafen Offiziere, die im Gefecht nach erheblicher Anstrengung und bei schwüler Hitze das Bewußtsein verloren und erst nach Stunden wiedererlangt hatten. Im Anschluß daran stellte sich ein neurasthenischer Symptomenkomplex ein, bei dem besonders die allgemeine Mattigkeit mit bleierner Schwere in den Beinen, ferner Mißempfindungen im Kopfe und akustische Reizerscheinungen (Glockenläuten) unangenehm hervortraten. In einem dieser Fälle entwickelte sich infolge der erzwungenen Untätigkeit eine schwere seelische Depression, die den Betreffenden in halb genesenem Zustand wieder hinaustrieb. In dem anderen Falle zeigten die erwähnten nervösen Erscheinungen eine außerordentliche Hartnäckigkeit, und noch nach Monaten bestand insbesondere eine außerordentliche Müdigkeit und dadurch bedingte Erschwerung des Gehens.

Ein weiteres Krankheitsbild dieser Art wird von Wollenberg als „neurasthenische Depression" herausgehoben und mit dem von Awtokratow s. Zt. beim russischen Heere im russisch-japanischen Kriege beobachteten identifiziert. Die Patienten hatten sämtlich sehr schwere, meist wochenlang fortgesetzte Kämpfe im Gebirge hinter sich, waren die ganze Zeit über kaum zur Ruhe gekommen, hatten sich nicht genügend ernähren können und dabei einen außerordentlich verschlagenen Feind vor sich gehabt, dem sie jeden Schritt Terrain verlustreich abgewinnen mußten. Sie waren bei der Aufnahme vollkommen zusammengebrochen, nicht imstande, mit anderen zu verkehren, vollkommen schlaflos, von qualvollen Erinnerungen Tag und Nacht gequält und nicht selten auch nervösen Angstanfällen unterworfen. Wochenlang konnten sie die Vorstellung des Schlachtfeldes nicht loswerden, hatten die Empfindung, als käme immer jemand hinter ihnen, als sähen sie die Laternen heranschleichender Feinde usw. Die verzweifelte, mehrfach bis zum Lebensüberdruß gehende Stimmung besserte sich nach einiger Zeit, eine ausgesprochene Übererregbarkeit, quälender Kopfdruck und andere neurasthenische Symptome sowie Störungen des Schlafes bestanden aber fort. —

Diese Art Fälle wurden auch von Bonhöffer gewürdigt, wie sich überhaupt die neurasthenische Kriegspsychose Awtokratows — der übrigens annähernd die „Fatigatio" des Sanitätsberichts vom Kriege 1870 entspricht — als ein halbwegs charakteristischer nervöser Erschöpfungstypus des Feldzugs herauszuheben scheint. Awtokratow schildert diese Erkrankungen als schnell sich bessernde und selbst heilende depressive Zustände, die mit vollständiger Leistungsunfähigkeit, Abgeschlagenheit, Apathie und unruhigen, von Kriegstraumerlebnissen gequältem Schlaf einhergehen, in deren Verlauf Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichts sich geltend machen, die ihren Inhalt den Schlachterlebnissen (Stöhnen der Verwundeten, Knallen der Geschütze, Anblick faulender Leichen usw.) entnehmen und für die die Krankheitseinsicht nicht zu fehlen braucht. Nachts erfolgt gewöhnlich ausgeprägte Steigerung der halluzinatorischen Phänomene. Dabei besteht starke Gefühlslabilität (unmotivierte Neigung zum Weinen). Körperlich ist außer sonstigen Zeichen der Neurasthenie vor allem eine außerordentliche Hyperästhesie bemerkbar, die in äußerster Überempfindlichkeit gegen Sinneseindrücke, in maßlosen Reaktionen der ganzen Körpermuskulatur auf die geringsten Reizeinwirkungen sich kundgibt.

Bonhöffer selbst führt einen solchen, wenn auch weniger schweren Fall an, der, schon vor zwei Jahren wegen Nervosität behandelt, im Felde drei Gefechte mitmachte und wegen eines Schwächeanfalls auf dem Marsche ins Feldlazarett kam. Er zeigte ängstliches Wesen, Denkhemmung, starke Überempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit und Neigung zu Träumen, ein Zustand, der sich bald zurückbildete und heilte. Im übrigen hat Bonhöffer unter 125 Militäraufnahmen noch keine schweren Erschöpfungszustände gesehen, dagegen leichtere angedeutet, entsprechend den emotionell-hyperästhetischen Schwächezuständen im Gefolge von Infektionskrankheiten. Dafür weist er auf die Erfahrungen der Chirurgen hin, daß häufig bei den Verwundeten eine außerordentliche Überempfindlichkeit gegen Licht und Geräusche und gleichzeitige emotive Weichmütigkeit auch kleinen chirurgischen Maßnahmen gegenüber, eine starke Unlust und Gereiztheit gegen alle Anforderungen im Verein mit schlechtem unruhigen Schlaf aufgefallen war. Bilder, zu denen nach Bonhöffer nur noch leichte Beziehungsideen und lebhafte, sich gelegentlich ins Wachen hinziehende Träume hinzuzukommen brauchten, um das Symptomenbild jener emotionell-hyperästhetischen Schwächezustände zu erzeugen, die die Endphasen der verschiedenen exogenen psychischen Erkrankungen bildeten. Bei Fällen dieser Art erkennt übrigens Bonhöffer auch in Übereinstimmung mit Awtokratow die konstitutionelle Komponente neben den Erscheinungen der körperlichen Überanstrengung (der emotionellen Schwäche, Schlaflosigkeit, Persistenz depressiver Tageserlebnisse in Träumen und Halbschlaf) an.

Diese Darstellungen werden durch Beobachtungen anderer Autoren bestätigt. Edel erwähnt einen Offizier, der durch Erkrankung an Dysenterie, Entbehrungen und Überschütten mit Erde von seiten einer Granate in einen Depressionszustand gekommen und so entschlußunfähig geworden

war, daß er infolgedessen sich außerstande erwies zu kommandieren. Hoche spricht gleichfalls von Zuständen reizbarer Schwäche als chronischen Wirkungen aller möglichen Kriegsschädlichkeiten und sieht deren charakteristische Eigentümlichkeiten speziell in hartnäckiger Beeinträchtigung des Schlafes durch unruhige, lebhafte und schreckhafte Träume von Kriegsinhalt, infolge deren es gelegentlich aus der Angst des Halbtraumzustandes heraus beim Erwachen zu unzweckmäßigen und gefährlichen Handlungen komme. (Ein neurasthenischer Offizier, der in solchem Zustand nach Deutschland gekommen war, schoß nachts mit seinem Revolver auf die auf dem Nachttisch stehende Leuchtuhr, die er für eine französische Laterne hielt.) Ganz allgemein erwähnt Hoche die besondere depressive Stimmungslage bei diesen neurasthenischen Heimkehrenden, die mit depressiver Auffassung unserer politischen und militärischen Lage einhergehe.

Depressive Zustände mit Angst, Schlaflosigkeit und Abgeschlagenheit auf dem Boden der Erschöpfung und neurasthenische Störungen mit erhöhter Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit usw. erwähnt auch Singer. Er sah übrigens auch mehrfach Soldaten, bei denen lediglich Dauerermüdung zu einem Symptomenkomplex von deliranter Erregung und Verwirrtheit (Amentia) führte, Zustände, wie sie schon 1870, viel häufiger aber aus derselben Veranlassung im russisch-japanischen Kriege beobachtet worden seien.

So wenig an diesen Feststellungen gerüttelt werden kann, die die psychopathologischen Folgen körperlicher Überanstrengung und Erschöpfung wiedergeben, so möchte Ref. doch wenigstens darauf hinweisen, daß ähnliche Erscheinungen: depressive Verstimmung, Angstzustände, Apathie, Fixierung und Niederschlag affektbetonter Erlebnisse in halluzinatorischen Erregungen, Wachtraumzuständen und Träumen u. a. m. sich oft genug lediglich als Folge psychischer Erschütterungen, als Symptome rein psychogener Störungen finden[1]), und daß mancherlei dafür spricht, daß ähnliche Bilder rein psychischer Genese auch im Krieg vorkommen. Zum mindesten liegt der Verdacht nahe, daß bei Bildern der genannten Art auf dem Boden der Erschöpfung oft ein psychogenes Moment maßgebend mitspricht und ihnen diese besondere Färbung verleiht, die in Fällen reiner Überanstrengung, ohne Mitwirken seelischer Erregungen und Erschütterungen, fehlen dürfte.

Ähnliche Erwägungen hält Ref. auch bezüglich gewisser halluzinatorischer Erscheinungen für naheliegend und berechtigt, die als einfache nervöse Erschöpfungsphänomene angesprochen werden.

So führt Wollenberg das Auftreten optischer Sinnestäuschungen im Anschluß an Überermüdungen an. Nach der Mitteilung eines Arztes, der zunächst bei der Truppe war, hatte sich bei ihm und ebenso bei verschiedenen Offizieren seines Bataillons übereinstimmend die Vision weißer Häuserreihen am Straßenrande eingestellt, ein anderer Offizier berichtete, daß er nach sehr anstrengenden Kampftagen Gesichtshalluzinationen ge-

[1]) Man vergleiche beispielsweise dazu die Schilderung und die Beispiele in Horns jüngster Arbeit über die „Schreckneurose“ (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 53, 1915), die ja eine exquisit psychogene Störung darstellt.

habt habe, die ihn sogar beinahe zu falschen Meldungen und unzweckmäßigen Anordnungen veranlaßt hätten. Er glaubte in einer Mulde des vor ihm liegenden Geländes feindliche Kavallerie sich aufstellen und dann ein Luftschiff niedergehen zu sehen, aus welchem eine blau-weiß-rote Fahne herabgeworfen wurde. Alles dies befand sich in eigentümlich fließender Bewegung. Ähnlich berichtet auch Singer von einem ermüdeten Soldaten, der in illusionärer Umdeutung seiner Umgebung eine Patrouille Deutscher für den Feind hielt und schoß, nachdem er ein andermal abends seine Kameraden mit dem Rufe: „die Kavallerie, die Kavallerie", alarmiert hatte.

All solche Sinnestäuschungen, in denen die durch die affektbetonte Situation nahegelegten und angeregten Wünsche und Befürchtungen ihren Niederschlag finden — aus dem Krieg von 1870 wird berichtet, daß eine ganze Abteilung abgespannter französischer Soldaten in einer Kirche die Vision der ihnen Schutz versprechenden Madonna hatte —, all diese Sinnestäuschungen, meine ich, stimmen doch zu sehr mit jenen überein, die sich auch ohne Ermüdung und Erschöpfung, rein unter dem Einfluß des Affekts, der angstbetonten Erregung und gespannten Erwartung, entwickeln, als daß man annehmen dürfte, daß sie keinerlei Beziehungen zu solchen psychischen Faktoren hätten. Überdies kommen halluzinatorische und illusionäre Wahrnehmungstäuschungen von gar nicht vorhandenen Kriegsgeschehnissen lediglich unter dem seelisch erregenden Einfluß der Feldzugsereignisse tatsächlich vor, — recht charakteristische Beobachtungen sind beispielsweise von Krause s. Zt. während der ostasiatischen Expedition gemacht worden, im übrigen sei an die allbekannten Vorpostenhalluzinationen erinnert —, und so wird man wohl auch in manchen der jetzt zur Beobachtung kommenden Fälle mehr oder weniger weitgehend ein psychogenes Moment für das Auftreten der Sinnestäuschungen heranziehen dürfen, ohne daß deshalb verkannt werden soll, daß der allgemeine Körperzustand, allgemeine Ermüdung und Erschöpfung dafür besonders prädisponierend wirkt.

Auf neurasthenische Erscheinungen, speziell bei Verwundeten, wurde schon wiederholt hingewiesen. So auf Münzers „Neurasthenia traumatica" mit ihrer neurasthenischen Charakterveränderung, die sich bei manchen Schwerverletzten unter der Mitwirkung der zur Zeit der Verwundung wirksamen schädlichen Außenreize und der durch den Krieg erzwungenen plötzlichen Änderung der Lebensführung einstellen soll (eine Feststellung, mit der übrigens der Autor seiner gleichzeitigen Erklärung widerspricht, daß er bei Verwundeten im Reservefeldlazarett keine Gelegenheit hatte, Erfahrungen über Kriegsneurosen und -psychosen zu sammeln). Von diesen neurasthenischen Zuständen wurden die Offiziere öfter als die Mannschaften befallen, was auch von Schuster bestätigt wird, dem besonders an Offizieren eine überraschende Wehleidigkeit und Ängstlichkeit vor schmerzhaften Eindrücken sowie der durchweg schlechtere Schlaf auffiel. Münzer glaubt, die Ursachen für diese Unterschiede gegenüber den Mannschaften in der feineren Differenzierung des Gehirns und dem krasseren Wechsel der Lebensführung beim Offizier suchen zu dürfen. Auch Dauerzustände

blieben nach dem gleichen Autor mehrfach nach vollständiger Heilung zurück: Eine gewisse Nervosität, die sich in Unruhe, Reizbarkeit, Sucht zu Nörgeleien äußerte. — Oppenheim betont die Häufigkeit der neurasthenischen Komponente bei organischen Folgezuständen von Verletzungen, speziell von Nervenverletzungen, die die hysterische an Zahl weit überragt. Von Bonhöffers ausdrücklicher Hervorhebung der ins Gebiet der nervösen Erschöpfungskomplexe fallenden emotiv-hyperästhetischen Schwächezustände bei Verwundeten mit ihrer Überempfindlichkeit gegen Sinnesreize, ihrer affektiven Schwäche und ihren Schlafstörungen war bereits die Rede, und hierher dürften wohl auch jene nervösen Störungen des Krankenlagers und Wundbetts zu rechnen sein, bei denen nach Wollenberg mit großer Einförmigkeit eine ausgesprochene Hyperästhesie besteht. Meist soll es sich dabei um Verletzungen der peripheren Nerven handeln. Auf diese Überempfindlichkeit bei peripheren Nervenverletzungen hat auch Oppenheim hingewiesen. Er rückt allerdings sie und die sonstigen psychisch-nervösen Begleiterscheinungen neuritischer Beschwerden nicht sowohl der Neurasthenie als der traumatischen Neurose im engeren Sinne nahe. Ich komme darauf an geeigneter Stelle noch zurück.

Daß schließlich schwere Neurasthenien auch im Anschluß an Granatexplosionen auftreten können, hebt Oppenheim gleichfalls hervor (ähnlich auch Wollenberg). In des ersteren Fällen handelte es sich dabei um bisher anscheinend gesunde, nicht belastete Soldaten. Da Oppenheim streng zwischen psychogenen und neurasthenischen Störungen unterscheidet, so sind diese Beobachtungen im Hinblick auf das Gros der bald noch zu charakterisierenden psychisch-nervösen Folgeerscheinungen von Granatexplosionen besonders bemerkenswert.

Von sonstigen Erscheinungen neurasthenischer Natur sei auf die kardiovaskulären Störungen, deren Hervortreten im Rahmen der neurasthenischen Bilder des Krieges besonders auch Oppenheim betont, hier nur hingewiesen. Da sie wohl nur zum kleineren Teil der Neurasthenie, zum größeren den psychogenen Herz- und Gefäßneurosen zugehören, finden sie besser an anderer Stelle Aufnahme.

Im übrigen sei noch erwähnt, daß Mann aus dem Feldzug charakteristische schwere nervöse Erschöpfungszustände gesehen hat, die Polyneuritis als Begleiterscheinung aufwiesen. Es handelte sich um Individuen, bei denen eine gewisse nervöse Disposition mäßigen Grades bestand, die früher schon vorübergehend an nervösen Erkrankungen offenbar neurasthenischer Form gelitten hatten und nun nach schweren Strapazen und psychischer Erregung an einem Zustand schwerer Erschöpfung mit typisch neurasthenischem Bilde und ausgedehnter Polyneuritis der sensiblen Nerven, vorwiegend mit Parästhesien und Empfindungsherabsetzungen, erkrankten. Der Verlauf war ein langwieriger. Diese im Frieden seltene Kombination erklärt Mann so, daß die allgemeine Erschöpfung, die Schädigung der gesamten Konstitution die Neurasthenie einerseits, die periphere Nervenschädigung andererseits hervorgerufen habe, und daß sich im Kriege eine besondere Kombination von ätiologischen Faktoren dadurch biete,

daß sich mit dem Einflusse schwerster körperlicher und psychischer Erschöpfung so oft ausgiebige rheumatische Schädlichkeiten verbinden.

Psychogene Störungen.
(Schreckneurosen, traumatische Neuropsychosen, hysterische Zustände.)

Als psychogene Störungen sollen hier alle durch psychische Einflüsse irgendwelcher Art: affektiv wirksame Geschehnisse und Situationen, Affekte, affektbetonte Vorstellungen usw., hervorgerufenen funktionellen Störungen zusammengestellt werden ohne Rücksicht auf die sonstige Natur dieser psychotraumatischen Noxen (akute: Schreck, Entsetzen, Angst, chronische: persistente Wünsche oder Befürchtungen, gleichzeitiges Zusammenwirken verschiedener u. dgl.). Im besonderen handelt es sich also vorwiegend um die speziell als Emotions- und Schreckneurosen, als traumatische Neurosen, Hysterie gekennzeichneten psychisch-nervösen Störungen. Dabei soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden, daß das Wesen dieser Erscheinungen, zumal der traumatischen Neurosen und Hysterie, durch die psychische Auslösung keineswegs erschöpfend, vielleicht nicht einmal ausreichend charakterisiert ist, und daß sie noch andere über das Bereich des Psychogenen hinausgehende Wesenseigentümlichkeiten aufweisen dürften. Eine eindeutige, allen klinischen Anforderungen genügende Trennung der genannten Einzelgruppen ist aber vorerst wohl noch nicht möglich, zum mindesten noch nicht durchgeführt, und auch die bisher erschienenen Kriegsarbeiten geben eine solche nicht und versuchen sie zum Teil auch gar nicht. Immerhin dürfte es eine Hauptaufgabe und würde es ein entschiedenes Verdienst der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen sein, wenn sie an der Hand des ungewöhnlich reichen und, soweit sich übersehen läßt, auch an relativ „reinen“ Fällen nicht armen Materials eine scharfe Differenzierung der einzelnen Typen vornähmen. Denn im Grunde müssen sich ja die Emotions- und Schreckneurosen mit ihrer pathologischen Dauerfestlegung der Affektäußerungen sowohl von den hysterischen Zuständen mit ihrer charakteristischen Dissoziativ- und Suggestiverscheinungen als auch von den traumatischen Neurosen, bei denen im Sinne Oppenheims durch überstarke Nervenreize hervorgerufene molekulare Veränderungen des Zentralorgans eventuell mitsprechen, ausreichend scheiden lassen. Hier wird jedenfalls vorläufig noch aus den oben angedeuteten Gründen von einer scharfen Trennung abgesehen, für die vielleicht das weitere Material ausreichende klinische Handhaben gewährt.

Als Hauptvertreter der psychogenen Kriegsneuropsychosen können wohl die psychisch-nervösen Störungen im Gefolge von Granatexplosionen gelten, die dementsprechend auch weitgehende Beachtung und Beurteilung gefunden haben. Bei Bonhöffers 9 hierhergehörigen Fällen handelt es sich um rein psychogene Lähmungen. Mit besonderer Häufigkeit finden sich als Symptome anscheinend Astasie und Abasie, Sprach- und Stimmverlust, Schlottern, grobschlägiges Zusammenzucken, vasomotorische Erscheinungen, Schweißbildung, Kongestionen und frequente Herztätigkeit. Es handele sich also um eine Fixierung

gerade der Symptome, die man bei plötzlicher Schreckwirkung (Versagen der Glieder und der Stimme, Zusammenzucken, Zittern, Schweiß und Herzbeschleunigung) in Erscheinung treten sehe. In einem Teil der Fälle sei der Nachweis einer vorher bestehenden psychopathischen Konstitution zu führen, in einem andern lasse die an sich ja bei den aus dem Felde Kommenden meist unzulängliche Anamnese im Stich. Die Prognose sei günstig, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt und dementsprechend suggestiv behandelt werde. Die schlimmsten Fälle wären die, die zu Hause bei den Angehörigen oder im Lazarett unter falscher Flagge als schwere organische liegen und sich ganz der bemitleidenden Sorge ihrer Umgebung hingeben können. Den psychogenen Mechanismus bei diesen Störungen faßt Bonhöffer so auf, daß eine Summation psychischer Faktoren, Schreck- und Angstemotionen, in einigen Fällen vielleicht auch noch das fremdartige Erlebnis der plötzlichen Luftdruckwirkung zu einem vorübergehenden Versagen der Motilität und zu Vasomotorenparalyse führte. Unbewußte Wünsche ließen dann bei gegebener Disposition die Lähmungserscheinung zur Fixierung kommen[1]).

Weniger einheitlich sieht das Bild aus, das Karplus von diesen nervösen Erkrankungen nach Granatexplosionen entwirft. Er hat 43 Fälle beobachtet, in 37 davon kam ein mechanisches Trauma auch in Frage, in 6 Fällen war es von vornherein klar, daß die Granatexplosion nur die Rolle eines psychischen Traumas gespielt hatte (bei dreien Bewußtlosigkeit beim Anblick der schrecklichen Explosionswirkung, bei den drei andern trat sie erst nachher im Gefecht auf). Diese 6 Fälle betrafen bemerkenswerterweise Soldaten, die schon vorher deutlich nervös gewesen waren. Von den anderen boten die, die durch die Nähewirkung der Artilleriegeschosse bewußtlos und kampfunfähig geworden waren, bei denen also auch Kontusionswirkungen in Frage kamen, alle als gemeinsame Züge Erschöpftheit und Erregtheit (Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Steigerung der tiefen Reflexe — Erscheinungen, die freilich auch bei anderen Feldzugsteilnehmern ohne erlittene Kontusion bestanden). Vasomotorische Symptome waren gelegentlich vorhanden, öfter fehlten sie. Der Stierlinsche Katastrophenkomplex (neben vasomotorischen Anomalien auffallend ruhige,

---

[1]) Auffallend im Hinblick auf diese den Friedenserfahrungen ja durchaus vertrauten Beobachtungen erscheinen folgende kriegsärztliche Erfahrungen, die Madelung aus England berichtet (Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 11). In einem Aufsatz „Psychopathologie of the war" (N. Y. Record 24. XII. 14) erzählte Allan McLane Hamilton, daß er in der Schlacht von Mons viele englische Soldaten, unter ihnen auch altgediente und kriegserprobte, plötzlich taubstumm werden sah, während sie im übrigen gesund blieben. Sie wurden nach London gebracht. Dortige Neurologen erklärten, es liege „eine neue Art von Psychose" vor (!).

Weiter macht D'Arcy Power darauf aufmerksam, daß der Krieg eine interessante Reihe von Fällen gebracht habe, die man vorerst (!) „Nerve concussion" nenne, betreffs deren Behandlung und Prognose man aber noch viel lernen musse. Nach dem Schlag einer Kugel oder eines Granatsplitters, der vielleicht nur den Tornister des Soldaten treffe, ohne äußere Wunde, träte Paraplegie ein. Die Veränderung sei analog dem „railway spine", wenn auch, soweit man nach den jetzt erst in den Anfängen beobachteten Fällen beurteilen könne, nicht mit Neurasthenie verbunden.

ja oft heitere Stimmung) war nicht nachweisbar. Im übrigen bestand das ganze Heer der Erscheinungen der traumatischen Neurose, bald standen dabei einzelne Symptome im Vordergrund, bald war ein ausgesprochen neurasthenisches Symptombild vorhanden. Letzteres war im ganzen in 16 Fällen vertreten, und zwar betrafen 12 von diesen Soldaten, die eine ausgesprochen nervöse Belastung zeigten und zum größten Teil schon vor dem Kriege wegen ihrer Nervosität ärztlich behandelt waren. Bei 11 bestanden neben der Neurasthenie unverkennbar hysterische Züge, bei 7 nur Hysterie, darunter waren 3 Belastete. Von einzelnen Symptomen waren am häufigsten Tremor, hysterische Lähmungen, Stottern, Sensibilitätsstörungen. Als ungewöhnliche Komplikationen kamen vereinzelt vor: Basedowsche Krankheit, Diabetes, Incontinentia urinae. Sicher organische Nervensymptome wurden nicht gefunden, in diesem Sinne deutbare erwiesen im weiteren Verlauf insbesondere durch die eminente Abhängigkeit von psychischen Faktoren und die prompte Heilung ihren nicht organischen Charakter. Überhaupt zeigte sich in der Mehrzahl der Fälle der Verlauf von psychischen Faktoren beherrscht, mochten auch anfangs sich etwaige Wirkungen des mechanischen Traumas geltend gemacht haben. Bei einer Reihe von Kranken ergab übrigens die genauere Nachforschung, daß die Symptome schon vor der Granatexplosion begonnen und die Kontusion nur das letzte Glied in einer Reihe von Kriegsschädlichkeiten bildete, welche die nervöse Gesundheit untergraben hatten. Die Prognose hält Karplus mit v. Wagner für staunenswert günstig, wobei anscheinend weniger die Schwere des Traumas für den späteren Verlauf maßgebend sei, als die prämorbide Persönlichkeit. Durch Granatexplosionen und sonstige Kriegsschädlichkeiten hervorgerufene Neurosen hätten bei vorher ganz Gesunden einen außerordentlich gutartigen Verlauf und trotzten einer zweckmäßigen Behandlung nicht. Die Erfolge einer psychisch-erzieherischen Therapie erkennt Karplus an.

Gegenüber diesen das psychische Moment in den Vordergrund stellenden Anschauungen wird von v. Sarbó eine organische Grundlage für die nervösen Folgeerscheinungen von Granatexplosionen angenommen. Er legt mikroorganische Veränderungen als Wirkungen dieser Bilder von Explosionsnervenerschütterungen zugrunde. Gegen Hysterie spricht ihm das Fehlen einer psychischen resp. emotionellen Entstehung — die Leute stürzten ja, von der Explosion plötzlich überrascht, gleich bewußtlos zusammen, so daß eiue psychische Shockwirkung nicht in Frage käme —, sodann das Fehlen hysterischer Stigmata. Dagegen beständen in einzelnen Fällen Ausfalls- und Erregungserscheinungen des Acusticus, Erscheinungen der Vagus- oder Recurrenslähmung, in anderen auch Andeutungen einer corticalen Lähmung mit Sprachstörungen, halbseitigen Lähmungserscheinungen und Klopfempfindlichkeit des der Lähmung entgegengesetzten Scheitelbeins.

Man wird diese Beobachtungen und Anschauungen, die allerdings mit ihren hypothetischen mikroorganischen Veränderungen nicht ganz unbedenklich sind, wohl am richtigsten würdigen, wenn man in Betracht zieht, daß auch die Autoren, welche die psychogene Entstehung der Nerven-

störungen nach Granatexplosionen für die wesentlichste und häufigste halten, daneben auch organisch bedingte, allerdings makroorganische, anerkennen, die sowohl isoliert wie auch in Kombination mit den funktionellen Störungen auftreten. So führt Bonhöffer einen Patienten an, der dadurch zu Fall kam, daß durch die Explosion ein anderer an ihn herangeschleudert wurde. Bei ihm bestand neben einer psychogenen, bald beseitigten Gangstörung Babinski und eine segmental aussehende Sensibilitätsstörung offenbar infolge einer gleichzeitigen spinalen Schädigung. Auch Karplus schildert drei Fälle organischer Spinalerkrankung im Gefolge der mechanischen Einwirkung der Explosion, Fälle, denen übrigens zum Teil ein psychogener Einschlag auch nicht fehlte. Oppenheim betont, bei dem mechanischen Insult, der durch das Vorbeisausen der schweren Geschosse oder durch ihre Explosion verursacht werde, ohne daß eine direkte Verletzung zustande komme, schienen sich ähnlich wie bei den Blitzschlagfolgen gleichzeitig schwere Neurosen und organische Veränderungen am Nervenapparat entwickeln zu können. Henneberg verweist auf die nicht so seltenen Fälle von organischen schweren Hirnsymptomen nach Granatexplosionen ohne Bestehen einer Schädelverletzung mit Hemianopsien, Hemiplegien usw., die wahrscheinlich auf Meningealblutungen zurückzuführen seien. Ähnlich nimmt auch Mayer u. a. außer nervös-hysterischen Symptomen ohne pathologischen Befund anatomische Läsionen im Sinne von capillären Blutungen, sei es des Rückenmarks, sei es des Gehirns, an.

Durch solche Beobachtungen wird selbstverständlich die Tatsache rein psychogener Entstehung bestimmter Fälle, anscheinend der Mehrzahl, nicht berührt. Interessant im Hinblick auf diese pathogenetische Bedeutung des psychischen Faktors ist übrigens die Beobachtung von Schuster, wonach ein Mann, der während des Schlafes eine — nicht schwere — Verletzung durch eine unmittelbar in seiuer Nähe explodierte Granate davontrug, keinerlei funktionelle Erscheinungen aufwies, während die sämtlichen übrigen auf gleiche Weise zu Schaden gekommenen Soldaten funktionelle Symptome gezeigt hatten. Auch auf ausdrückliches Befragen negierte dieser Patient das Vorhandensein von Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerz usw. völlig — eine Beobachtung, die man ja auch von Eisenbahnunglücken u. dgl. her kennt und der Schuster analoge, bei Verletzungen durch den elektrischen Strom an die Seite stellt.

Nonne legt das Hauptgewicht für das Auftreten solcher Störungen von hysterischem Charakter nicht sowohl auf die psychischen Noxen als auf körperliche Anstrengungen, und führt zwei Fälle zum Beweise an, von denen der eine im Anschluß an schwere Gefechts- und Marschstrapazen mit Extremitätenlähmung samt typischer hysterischer Anästhesie erkrankte (auf der Abteilung dann einen hysteriformen Anfall bekam und durch suggestive Maßnahmen geheilt wurde), der andere im Anschluß an ganz übermäßige Marsch- und Erkältungsstrapazen mit einem Ohnmachtsanfall, nachfolgender allgemeiner Abgeschlagenheit und völligem Verlust der Sprache erkrankte (und von diesem hysterischen Mutismus nach einmaliger hypnotischer Beeinflussung später genas).

Bezüglich der Bedeutung des inneren Faktors, der nervösen Dis-

position, sei ausdrücklich hervorgehoben, daß sie gerade in diesen Fällen oft genug vermißt wurde. Nicht ohne Wert erscheint in dieser Hinsicht die Mitteilung Rothmanns, wonach der Physiologe Hermann Munk im Feldzug 1866 eine Attacke von motorischer Aphasie hysterischen Charakters erlitt, ein Mann, der in seinem ganzen späteren Leben keine Spur von Hysterie erkennen ließ.

Die größte wissenschaftlich-theoretische wie praktische Bedeutung hat naturgemäß bei diesen psychogenen Zuständen von zum Teil ausgesprochen hysterischen Charakter die Frage, wie weit hier auf Krankwerden und Krankbleiben gerichtete Wunsch- und Willenstendenzen analog den Begehrungsvorstellungen bei den Rentenkampfneurosen pathogenetisch ins Gewicht fallen.

Meyer hat bei seinen Kriegspsychogenien von Begehrungsvorstellungen nichts gemerkt, und nach Oppenheim lassen gerade diese durch Granatexplosionen verursachten Neurosen, da man sie frisch, oft kurz nach dem Ereignis, zu sehen bekommt, deutlich erkennen, wie sich das Leiden — die gewissermaßen fixierten Schreckerregungen und -lähmungen — als unmittelbare Folge des Traumas entwickelten, noch bevor die Begehrungsvorstellungen in Wirksamkeit treten könnten. Gerade die Erfahrungen des Feldzugs lehrten, daß es nach wie vor eine traumatische Neurose gebe, die sich durchaus nicht immer mit der Hysterie decke und keine zweckbewußt großgezüchtete Pseudokrankheit sei. Demgegenüber wird von Bonhöffer, der von vornherein das Mitsprechen unbewußter Wünsche in Fällen dieser Art anerkannt hatte, hervorgehoben, daß nach sonstigen Erfahrungen sehr wohl bei den im Granatfeuer Gestürzten im Moment des Schreckerlebnisses entsprechende Wünsche wach werden könnten, und ähnlich von Lewandowsky betont, daß in dem sofortigen Eintreten der Erscheinungen kein Gegenbeweis gegen das Vorhandensein von Begehrungsvorstellungen, die ja schon vor dem Eintritt des psychischen Traumas bestehen könnten, zu sehen sei. — In jedem Falle wird man wohl Liepmann darin beipflichten müssen, daß Begehrungseinflüsse sich wenigstens nicht generell bei diesen akuten Schreckwirkungen ausschließen lassen.

Immerhin werden doch auf der anderen Seite recht bemerkenswerte Erfahrungen angeführt, die dafür sprechen, daß solche Wunscheinflüsse durchaus nicht prinzipiell in solchen Fällen beteiligt sein müssen. Besonders beweiskräftig erscheint der Rothmannsche Fall eines Offiziers, der seine Kompagnie durch Zuruf anfeuernd, plötzlich von hysterischer Aphasie und Mutismus, die wochenlang anhielten, befallen wurde. Gegenüber solchen Erfahrungen über die Psychogenese hysterischer Erscheinungen würden übrigens meines Erachtens diejenigen Hysteriedefinitionen versagen, die gerade in der Wirksamkeit von Wunsch- und Willenstendenzen deren Charakteristicum gegenüber anderen psychogenen Formen sehen.

Mit dieser Anerkennung des Einflusses von mehr oder weniger klar bewußten Wünschen wird nun der psychische Mechanismus dieser Fälle etwas nach der Richtung der gewünschten und gewollten Krankheitserzeugung, der Krankheitsvortäuschung, der Simulation verschoben.

Dieses Moment wird auch von den verschiedensten Autoren herausgehoben. Rothmann spricht u. a. von dem häufigen Vorkommen von Übertreibung und Simulation — er sah beispielsweise wiederholt künstliche Temperatursteigerungen —, Lewandowsky erwähnt mehrere schwere Hysterien mit fragwürdiger Anamnese und zwei Fälle von simulationsverdächtigem Fieber, und Simons führt als direkte Feldzugsbeobachtungen Krämpfe bei jungen Kriegsfreiwilligen an, die bei der Untersuchung oft in so plumper Weise gemacht erschienen, daß der bewußte oder unbewußte Wunsch, sich den Gefahren der Front zu entziehen, deutlich war. Ja Flesch erklärt sogar anläßlich eines Falles von Hämothorax und Hämoptoe mit halbseitiger hysterischer Sensibilitätsstörung und erwiesenermaßen künstlichem Fieber ganz offen, man könne sich in Anbetracht der immensen Mühen, Schrecken und Entbehrungen des gegenwärtigen Krieges nicht wundern, wenn in den Militärspitälern Aggravation und Simulation nicht allzu selten anzutreffen sei.

Gegenüber dieser Auffassung wird man in den simulationsverdächtigen Fällen, in denen nachweislich hysterische Erscheinungen bestehen, wohl am richtigsten tun und den Tatsachen am nächsten kommen, wenn man jenen Standpunkt Wagner von Jaureggs vertritt, der ja auch sonst bezüglich der Hysterie Geltung zu haben pflegt: daß eine scharfe Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation abzulehnen sei, denn Nichtkönnenwollen und Nichtwollenkönnen gehe fließend ineinander über, und es lasse sich der Grad, in welchem die der Krankheitsentstehung zugrunde liegenden Zweckvorstellungen bewußt oder unbewußt wirksam seien, nicht mit Sicherheit feststellen. Der Fall, der v. Wagner zur Betonung dieser Auffassung Anlaß gibt, betrifft einen verwundeten Soldaten, der vor mehreren Monaten eine oberflächliche Rückenverletzung durch Schrapnellschuß erlitt, nach der nervöse Störungen aufgetreten sein sollen, der aber jedenfalls, wie sichergestellt ist, mit einem Stock gehen konnte, als er für kurze Zeit nach Hause beurlaubt wurde. Nachdem er aber wieder ins Spital eingerückt war, bot er eine schwere Haltungsanomalie (zusammengekauert) und Bewegungsstörung (Rückwärtshüpfen) nach Art eines saltatorischen Reflexkrampfes.

Über die Häufigkeit dieser psychogen-traumatischen Störung im Kriege gehen die Meinungen noch auseinander. Horstmann hat auf der Verwundetenabteilung der Provinzialirrenanstalt Stralsund viele recht schwer Verwundete und namentlich erhebliche Kopfverletzungen bei Offizieren und Soldaten gesehen, und nicht in einem Fall auch nur eine Andeutung von Symptomen von traumatischer Neurose gefunden, eine Feststellung, die er auf die fehlende Beziehung zur Unfallgesetzgebung und Rentenerwartung zurückführt. Auch Nonne betont deren Seltenheit. Nur in einem der vielen Fälle von schweren, schwersten und leichten Schußverletzungen, die er bisher untersuchte, sah er das Bild der traumatischen Neurose, und in diesem einen Falle handelte es sich um einen nervös belasteten und selbst schon früher mehrfach nervös gewesenen Mann, dessen Neurose von neuem im Anschluß an im Gefecht erhaltene Schädelverletzung durch Kolbenschlag ausbrach. Ähnlich hebt Lewan-

dowsky ganz allgemein bezüglich der Hysterie und anderer funktioneller nervöser Störungen hervor, daß sie im Verhältnis zu der ungeheuren Zahl der Verletzten sicher selten seien. An manchen Stellen schienen sie sich etwas zu häufen, wohl durch Infektion seitens anderer Kranker und der Ärzte, welch letztere durch ungeschickte Äußerungen hinsichtlich der Prognose und Diagnose außerordentlich hysterogen wirken könnten. Auch Schuster hat bei gleichzeitiger ernster somatischer Verletzung in der Regel nennenswerte hysterische Symptome vermißt.

Demgegenüber hebt z. B. Oppenheim die große Zahl solcher den traumatischen Neurosen entsprechenden Kriegsbeobachtungen, ebenso wie der reinen oder mit organischen Folgezuständen von Verletzungen kombinierten Hysterien hervor, und Rothmann erklärt, daß funktionelle Affektionen sich außerordentlich häufig den organischen Kriegsläsionen beimischten. Bei den meisten Verletzten sei ein gewisses funktionelles, oft hysterisches Moment vorhanden.

Auch über die Prognose dieser psychogenen Störungen stimmen die Anschauungen nicht ganz überein. Im allgemeinen gilt sie, wie schon oben hervorgehoben, als günstig (Bonhöffer, Karplus u. a.), doch wird sie auch, den Erfahrungen an den Unfallneurosen des Friedens entsprechend, teilweise pessimistischer angesehen (z. B. von Wollenberg). Da äußere Einflüsse bestimmend auf Verlauf und Ausgang dieser Zustände zu wirken pflegen, und da die einzelnen Fälle nach der psychischen Eigenart ihres Trägers, den mitsprechenden Wünschen und Befürchtungen sowie den wirksamen Milieueinflüssen zu variieren pflegen, so wird man wohl je nach der Verschiedenheit dieser determinierenden Einflüsse in praxi auch prognostisch verschieden zu bewertende Typen erhalten. Klarheit darüber dürften weitere Erfahrungen geben.

Aus der Kasuistik sei kurz angeführt:

Fall von Bruns: Hirnverletzung mit fälschlich als Jacksonsche Epilepsie diagnostizierten typisch hysterischen Krämpfen, die schon zur Vorbereitung einer Operation geführt hatten.

Fall von Nonne: Streifschuß, dessen Einschußöffnung über dem obersten Teil der rechten vorderen Zentralwindung lag. Neben organisch bedingter Lähmung der Fingerextensoren mit Ataxie und Astereognosie bestand gliedweise abschneidende Anästhesie am Arm und hysterische motorische Schwäche. Letztere durch Suggestivmaßnahmen leicht beseitigt.

Fall von Toby Cohn: Streifschußverletzung der Schädelweichteile an der linken Schädelhälfte, ziemlich genau der Lage des Brocaschen Zentrums entsprechend. Mehrere Wochen nach der Verletzung Auftreten einer der typisch motorischen Aphasie analogen Sprachstörung, immer alternierend einen Tag um den anderen auftretend. Anscheinend hysterische Aphasie, eine organische vortäuschend.

Fall von Schlesinger: Schädelverletzung, im Anschluß daran allgemeine Körperkrämpfe nach Art hysterischer Attacken und hysterischer Mutismus. Besserung der Sprache durch Suggestion.

Fälle von Bauer: Commotio medullae spinalis mit Paraparese der

Beine und Verlust der Sehnenreflexe. Danach hysterische Sensibilitätsstörungen.

Schußverletzung in der Nähe der Mantelkante, dadurch bedingte spastische Beinlähmung mit klonischen Sehnenreflexen und Babinski. Nach deren Rückgang hysterische Beinlähmnng.

Oberflächliche Schußverletzung am Rücken, danach hysterische Parese nnd Sensibilitätsstörung des Armes.

Pseudo tetanus hystericus bei einem Patienten, der im Anschluß an eine 8 Wochen vorher stattgefundene Verletzung Tetanussymptome gezeigt hatte, die auf Serumbehandlnng verschwanden.

Fall von Rothmann: Schuß durch das Bein, danach vollständige Spitzfußstellung und anscheinend Peroneuslähmung. In Wirklichkeit Hysterie. Auf entsprechende Therapie nach 2 Tagen bereits völlig normaler Gang.

Fall von Meyer: Hufschlag im Rücken ohne sonstige schweren Erscheinungen, danach Taubheit auf dem rechten Ohr, auf dem Zeichen eines alten Ohrenleidens sich finden, sowie Herabsetzung des Gehörs auf dem linken Ohr und Amblyopie rechts. Dazu rechtsseitige motorische und sensible Hemiparese. Von organischen Erscheinungen rechtsseitiger Babinski, der als Rest oder erstes Zeichen einer organischen Nervenerkrankung aufgefaßt wird, welche die Disposition für das Entstehen der psychogenen Störung gebe.

Speziell im Zusammenhang mit Granatexplosionen stehend:

Fälle von Meyer: Lähmung beider Beine infolge Einschlagen einer Granate in nächster Nähe mit nachfolgender wesentlicher Besserung; motorische und sensible Lähmung beider Arme, sensible und motorische Hemiparese, beide schnell zurückgehend.

Fall von Niessl von Mayendorf: Fortschleuderung durch den Luftdruck einer platzenden Granate, Bewußtseinsverlust, Verschlimmerung einer rechtsseitigen hysterischen Armlähmung, die vor einigen Jahren durch Sturz auf die rechte Seite entstanden war und sich inzwischen bedeutend gebessert hatte.

Fall von Oppenheim: Verletzung in der linken Rumpfgegend durch Schrapnellschuß, danach sofort der Schilderung nach epileptisch erscheinender Krampfanfall. Untersuchung ergab schwere Hysteroneurasthenie.

Fall von Bielschowsky: Hinstürzen durch den Luftdruck einer in der Nähe explodierenden Granate, Bewußtlosigkeit, nachher nur Beule an der linken Kopfseite, sonst aber keine Zeichen einer Verwundung oder Gehirnerschütterung. Nach und nach zunehmende Einengung des Gesichtsfeldes rechts, dann auch erhebliche Verschlechterung des zentralen Sehvermögens bemerkbar: traumatisch-hysterische Sehstörung.

Fall von Kümmel: Platzen einer Granate in nächster Nähe, Ertaubung mit gleichzeitigem Verlust der Sprache. Die Taubheit von Krebs als traumatische Neurose wegen der gleichzeitigen Stummheit aufgefaßt. Als häufigere leichte Form der Schlachtenneurose nennt Krebs Ohrensausen.

Fall von Kaffka: Früher gesunder, nie nervös gewesener Landwehrmann wird bei 32stündigem Aufenthalte in Artilleriedeckung von plötzlichem Zittern der Hände befallen. Bei der späteren Untersuchung starker Tremor, konzentrische Gesichtsfeldeinengung, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, alimentäre Glykosurie, Gedächtnisabnahme, trübe Stimmung, Hoffnungslosigkeit, große Müdigkeit mit Schlafstörung.

Von sonstigen Kriegsbeobachtungen hysterischer Natur seien noch erwähnt: Hysterische Abasie und Krämpfe von hysterischem Charakter mit wiegenden Bewegungen der Arme (Niessl von Mayendorf); Fälle von Astasie, von hysterischer Contractur, von pseudospastischer Parese mit Tremor (Bruns).

Die in allen solchen Fällen naheliegende Frage, von welchen Momenten eigentlich die Auswahl von Art und Lokalisation dieser vielgestaltigen hysterischen Störungen abhängt, wird verschieden beantwortet. Bauer hebt die Lokalisation der hysterischen Mechanismen im Bereich eines Locus minoris resistentiae hervor, wobei allerdings die konstitutionelle Disposition von Wichtigkeit sei. Hofbauer weist auf die Imitation präformierter Mechanismen hin, wie z. B. gewisse, sicher als funktionell anzusehende Atemstörungen bei organischen Erkrankungen Imitationen der Atmung des Neugeborenen oder des Cheyne-Stokeschen Atmens seien. Auch von Wagner zieht zur Erklärung das Zurückgreifen auf Mechanismen aus früheren Entwicklungsstufen, sowie die Imitation von bei anderen Personen beobachteten Krankheitserscheinungen heran.

Ob damit alle determinierenden Möglichkeiten erschöpft sind, kann zweifelhaft sein. Es wäre beispielsweise noch die pathologische Fixierung natürlicher Reaktionen zu nennen, für die Bonhöffers oben gekennzeichnete Affektfixierung ein charakteristisches Beispiel gab (wobei allerdings dann noch im Einzelfalle aufzuklären wäre, warum — speziell bei den so häufigen monosymptomatischen Fällen — nur gewisse, von Fall zu Fall oft genug wechselnde Affektbestandteile, einzelne Affektlähmungs- oder -erregungserscheinungen diese pathologische Festlegung erfahren, andere aber nicht). Des weiteren wäre die typischste und anerkannteste Form psychogener Determinierung heranzuziehen, der Niederschlag bestimmter, auf einzelne Körperteile sich beziehender Vorstellungen in der somatischen Sphäre. Auch der automimetischen Erscheinungen (Ziehen) wäre zu gedenken, vermöge deren die psychogene Störung eigene gleichzeitig bestehende oder bereits zurückgegangene Anomalien nachahmt u. ä. m.

Die psychischen Krankheitsbilder psychogeu-traumatischen Charakters sind bisher etwas sehr kurz gekommen, und es muß leider gesagt werden, daß das vorläufig dargebotene Material im Verhältnis zu dem bekannten Formenreichtum der psychogenen seelischen Störungen[1]) ein

[1]) Vgl. dazu die Einzelheiten in meiner nach dem Kriege bei Bergmann, Wiesbaden erscheinenden Abhandlung: „Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenzustände“.

sehr dürftiges ist. Schuld daran mag nicht zum wenigsten sein, daß diese frischen psychogenen Zustände der Front, wie mir von fachkollegialer Seite bestätigt wurde, eben nicht bis in die Heimat gelangen.

Meyer hebt von psychogenen resp. hysterischen Reaktionen, die 18% seiner Kriegspsychosen ausmachten, neben den nun nicht mehr zu erörternden nervösen Störungen ein psychisches Krankheitsbild hervor, das im wesentlichen der reizbaren resp. explosiven Diathese, also einem den traumatischen Neurosen ähnlichen Dauerzustand entspricht. Es bestehe große Erregbarkeit, die nicht selten Weinkrämpfe auch bei durch Mut und Tapferkeit bewährten Männern auftreten lasse, große Empfindlichkeit, starke Neigung zu Verstimmungen und besonders starke Willensschwäche, und das Gefühl der Unfähigkeit zur Selbstbeherrschung. Fügt man noch von sonstigen von Meyer erwähnten Symptomen die Erschöpfung und die Abnahme der Energie hinzu, so wird man doch an manches erinnert, was wir bereits bei den neurasthenischen Schwäche- nnd Überreiztheitszuständen früher angetroffen haben. Es zeigt sich eben wieder, daß die Abgrenzung der psychisch-nervösen Erschöpfungserscheinungen von den psychogenen vorläufig noch recht schwierig und unsicher ist.

Von sonstigen psychischen Störungen psychogener Herkunft fand Meyer eigentliche Dämmerzustände selten. Im Mittelpunkt stand in solchen Fällen gewöhnlich ein stark affektbetontes Erlebnis. Ein Kranker knüpfte an ein Gefecht an, in dem sein Offizier dicht vor ihm gefallen war. Er sah dieses Bild wieder vor sich, glaubte schießen zu hören und roch Pulverdampf. Ähnlich geartete Fälle erwähnt auch Wollenberg. Hier hatten die Aufregungen und Schrecknisse des Kampfes unmittelbar die psychischen Störungen hervorgerufen. Einmal handelte es sich um eine hysterische Schreckpsychose mit dramatischer Reproduktion gewisser Schlachterlebnisse, sodann um Zustände von Attonität mit stark herabgesetzten Reaktionen, wie man sie auch sonst nach schweren Katastrophen beobachtet. Hysterisch delirante Erscheinungen werden auch von Bonhöffer speziell als Initialsymptome bei Granatexplosionsstörungen angeführt, sodann auch Ganserzustände (Pseudodemenzzustände). Prognostisch bemerkenswert ist, daß nach Meyer eine gewisse Willensschwäche am längsten zurückzubleiben scheine.

Was sonst an psychogenen Störungen seelischer Art noch herangezogen wird, hält sich im großen ganzen im Rahmen des eben Gesagten. Singer bestätigt im wesentlichen diese verschiedenen psychogenen Bilder von der leichten Erregung bis zur Schreckpsychose mit theatralischer Wiedergabe der Schlachterlebnisse, von vorübergehender Niedergeschlagenheit bis zur stuporähnlichen Attonität, von der Angstneurose bis zur Phobie, und Hahn, der 37% hysterische Symptomenkomplexe unter seinen Kriegspsychosen fand, spricht im besonderen von dem Wiederhervortreten der nicht verarbeiteten, sondern isolierten, verdrängten Kriegserlebnisse unter verschiedenen Erscheinungen: 1. beim Einschlafen (leichte Fälle); 2. mitten im täglichen Leben, in die Unterhaltung eingeschoben als kleine Episoden, ohne den Zusammenhang mit der Umgebung aufzuheben; 3. als Dämmerzustände; 4. als Anfälle, die fast alle ohne

weiteres als Reproduktionen, als Symbole wirklicher oder erwarteter Kriegserlebnisse deutbar seien. — Auffallenderweise sah Hahn „schwer hysterische Erscheinungen fast durchweg bei bisher gesunden tüchtigen Leuten. welche zum Teil in ihrem Zivilberuf der Gefahr der traumatischen Neurose (Trambahnführer) ohne Schaden ausgesetzt waren", und fand — im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Autoren —, daß fast alle Fälle erst nach einiger Zeit im Lazarett erkrankt wären, was er auf den Konflikt der lebhaften Erinnerungen an die letzten Wochen und Monate mit der ruhigen, anders orientierten Gegenwart zurückführt.

Einige noch von Weygandt angeführte Fälle hysterischer Psychosen, die zum Teil schon während der Mobilmachungs- und Übungszeit psychotisch erkrankten, bieten nichts besonders Charakteristisches. Ihre Anführung erübrigt sich daher.

Sonstige funktionelle Nervenstörungen.

Von sonstigen nervösen Störungen sind vor allem die Begleiterscheinungen peripherer Nervenverletzungen, speziell die Hyperästhesie und die enormen Schmerzen, von den verschiedensten Autoren hervorgehoben worden. In ihrem ganzen Umfange gewürdigt und klinisch bewertet hat sie Oppenheim. Es handelt sich dabei einmal um eine enorme Empfindlichkeit gegen Sinnesreize und Gemütsbewegungen, die einen so mächtigen Einfluß auf die Intensität der Schmerzen ausüben, daß das bloße Öffnen der Tür, Klingeln der Glocke, mehr noch die Berührung der leidenden Extremität und die Befürchtung, daß eine Berührung stattfinden könne, einen Schmerzanfall auslöst, des weiteren um periodisch auftretende Erregungs- und Verwirrtheitszustände mit Wutausbrüchen, die die Schmerzanfälle begleiten, und endlich um vasomotorische und sekretorische Störungen, die in ihrer Verbreitung sich nicht auf die verletzte Extremität beschränken, derart, daß in einem Falle nach einer Schußverletzung des Ischiadicus neben den gewaltigen Schmerzen im Fuß eine kongestive Rötung des Gesichts, ein Gefühl lebhaften Brennens und eine Rötung beider Hände eintrat, die beständig zur Faust geballt wurden, weil jede Bewegung der Finger mit heftigen Schmerzen im verletzten Ischiadicus verbunden war, daß sich in anderen Fällen eine starke Hyperhydrosis universalis hinzugesellte usw.

Oppenheim weist auf die Ähnlichkeit dieser Zustandsbilder mit schweren traumatischen Neurosen hin und setzt wohl auch eine ähnliche Grundlage für ihre Entstehung, eine durch überstarke sensible Reize hervorgerufene zentrale Schädigung voraus. Der mächtige sensible Reiz, der bei der Verletzung als Erschütterungswelle in das Zentralnervensystem dringe, rufe da feinere (molekulare?) Veränderungen hervor, die in jenen Allgemeinerscheinungen ihren Ausdruck fänden. — Daß mit dieser theoretischen Erklärung der nervösen und psychischen Begleiterscheinungen neuritischer Beschwerden eine Gruppe traumatisch bedingter Störungen von den rein psychogenen abgerückt wird, ist unverkennbar, und insofern würde ihre Anerkennung meines Erachtens einen wichtigen Gesichtspunkt für die klinische Differenzierung der einzelnen Typen oder wenigstens

Symptomenkomplexe von Unfallneurosen abgeben. Im übrigen darf nicht übersehen werden, daß Oppenheim neben jenen molekularen Veränderungen auch noch andere ursächliche Momente dispositioneller und psychischer Art zur Erklärung für jene Symptome mit heranzieht: eine von Haus aus nervöse oder hysterische Artung, die nervös machende Wirkung des Krieges auf Seele und Körper, sowie die durch die Gewalt der Schmerzen überempfindlich gemachte Psyche.

Als weitere Kriegsbeobachtungen von Neurosen seien angeführt:

Schwere Crampusneurose im Anschluß an eine in der Nähe erfolgte Granatexplosion (Oppenheim).

Crampusneurose nach längerem angestrengten Reiten bei einem Soldaten, der angeblich schon früher nach Durchnässung einen ähnlichen Zustand durchgemacht hatte. Von körperlichen Begleiterscheinungen ist eine allgemeine Analgesie und Cornealareflexie bemerkenswert (Schuster).

Krampf des Platysma myoides ohne besonderes psychisches oder somatisches Trauma bei einem nicht belasteten, früher nicht nervös erkrankten Soldaten (Nonne).

Tic infolge der psychischen und physischen Kriegserschütterungen (Oppenheim).

Grobschlägiger Schütteltremor des rechten Armes mit gleichzeitiger Rigidität der Armmuskulatur im Anschluß an mehrere Stunden langes Steckenbleiben im Sumpfe. Hereditäres Leiden, das in ähnlicher Weise den Vater wie den Onkel nach psychischem Trauma befallen hatte und sich bei beiden nicht mehr besserte (Niessl von Mayendorf).

Zwangsartige Vorstellungen im Gefolge einer Armverletzung mit heftigen Schmerzen und starker Hyperästhesie der peripheren Nerven; die Schmerzen durch alle möglichen Vorstellungen, zum Teil sehr fern liegender Art ausgelöst (Weygandt).

Luftschiffphobie bei einem Luftschiffer auf dem Boden kongenitaler Anlage, die ihn, der früher einer der Kühnsten war, durch undefinierbare Angst am Betreten des Aeroplans hinderte (Oppenheim). Umgekehrt hat der gleiche Autor Flieger behandelt, die, nachdem ein Arm oder Bein zerschossen war, ihren Motor noch 50—60 km weit dirigierten, um im deutschen Truppenbereich zu landen.

Morbus Basedow bei einem Offizier im Anschluß an ungeheuerliche Strapazen, Entbehrungen und Erregungen durch fortgesetzte Kämpfe. Rückbildung nach sechswöchiger Erholung (Oppenheim). — Das häufigere Vorkommen von Basedow im Felde erwähnt übrigens auch Mendel, sein Auftreten im Anschluß an katastrophale Ereignisse analog den Kriegsgeschehnissen hebt Zangger hervor.

Zu erörtern sind noch die gerade im Kriege so häufigen und praktisch so wichtigen cardialen und vasculären Störungen nervöser Natur, die teils zur Neurasthenie, teils zu den psychogenen Herz- und Gefäßneurosen zu rechnen sind.

Nach Gerhardt findet man in den Lazaretten relativ viel Kranke, die über Herzbeschwerden klagen, und bei der Untersuchung unter anderm auffallend häufig leichte Veränderungen am Nervensystem, Steigerung

der Sehnenreflexe, Verminderung der Hautreflexe u. dgl. aufweisen. Ätiologisch spielten, da der Stellungskrieg jetzt von den Leuten relativ geringe Anstrengungen erfordere, für das Auftreten dieser Herzstörungen die psychischen Insulte die Hauptrolle. Jakob fand bei 30 Herzkranken 24 mit nervösen Herzstörungen, bei 21 handelte es sich um Neurasthenie, in deren Mittelpunkt die Herzbeschwerden standen. Auch Grober hebt die häufige Beobachtung von nervösen Störungen an den Kreislauforganen hervor, die er dem Einfluß der Kriegsanstrengungen auf den seelischen Zustand der Soldaten zuschreibt. Und zwar treffe dies sowohl auf das rein psychische Trauma, wie z. B. Aufenthalt im Granatfeuer oder im länger dauernden Schützenkampf, wie auch auf den Zustand der Schwerverletzten zu. Die Kranken zeigten bei objektiv regelrechtem Herzbefund eine Beschleunigung der Herztätigkeit bis 120, ja 140 Schläge, anfallsweise auftretend oder von anderen Einflüssen der verschiedensten Art abhängig und häufig mit Störungen der Schweißabsonderung und der Durchblutung einzelner Körperteile einhergehend. So sah Grober einen etwa 30jährigen Offizier, der bei Fehlen von Arteriosklerose und Lues der Claudicatio intermittens entsprechende Beschwerden aufwies, die durch Hydrotherapie bald völlig verschwanden. Diese nervösen Herzbeschwerden traten besonders dann auf, wenn die Kranken durch sich selbst oder ihre Umgebung in die schwere Zeit, die sie durchgemacht hatten, zurückversetzt wurden, namentlich bei Berichten über die erlebten Ereignisse. — Nach Leo wiesen übrigens sehr viele der stellungspflichtigen Landsturmleute wohl infolge der seelischen Erregung sehr hohe Pulsfrequenz, oft 160, auf, und nach Ehrmann wurden während des Granatfeuers, wo schwere Geschosse über die Untersuchten hinwegflogen oder kleinere in großer Zahl in der Nähe krepierten, Pulsbeschleunigungen bis auf 150 Schläge und darüber, sowie Extrasystolen beobachtet, Störungen, die nach Verf. dauernde Veränderungen, vielleicht Arteriosklerosen, nach sich ziehen können. — Im Gegensatz dazu fand übrigens Wollenberg bei nervösen Erschöpfungszuständen wie auch sonst bei vielen Nervösen einen stark verlangsamten und voll gespannten Puls, der meist nach einiger Zeit schwand.

Abschließend sei im Hinblick auf diese verschiedenen, durch die allmeinen körperlichen und seelischen Noxen des Krieges hervorgerufenen Störungen noch Zanggers Versuch erwähnt, die bei Katastrophen gemachten medizinischen Erfahrungen für die Erkenntnis der Kriegserkrankungen zu verwerten. Nach ihm zeigen sich viele schwere Krankheitsbilder, wie sie durch die früheren Katastrophen erzeugt wurden und erst auf Grund der Massenbeobachtungen nach Katastrophen eine genauere Untersuchung erfuhren, relativ häufig als überraschende Folgen des heutigen Krieges. Es handele sich meistens um Krankheitsbilder recht komplizierter Ätiologie. Die Übereinstimmuug der Krankheitserscheinungen bei beiden Gruppen sei so überraschend groß, daß man sogar einzelne Krankheitsgruppen von medizinisch verschiedener Dignität herausheben könne, bei denen man auch verwandte Ursachen festzustellen imstande sei. Von Schädigungen des Nervensystems führt er nun als Gruppen mit guter

Prognose an: Die „typischste" Gruppe, schwere Erkrankungen bei früher vollständig Gesunden und nicht hereditär Belasteten umfassend, die nach gewaltigen physischen und psychischen Erschütterungen unter Mitwirkung und eventueller Nachwirkung giftiger Gase, Sprenggase auftraten und oft als Befund Labilität des Herzens, des Gefäßsystems, schlechten Schlaf, ungleichmäßige Verdauung, Neigung zur Depression und ganz auffällige schwerste Formen von Ermüdbarkeit boten. — Eine weitere Gruppe von Krankheiten, hauptsächlich infolge physischer und psychischer Anstrengung und Erschöpfung sich entwickelnd und manchmal auf Grund von Infektionen und Giften einen eigenartigen Charakter annehmend, im Krankheitsbilde sich nicht wesentlich von den Fällen im Frieden unterscheidend. — Eine dritte Gruppe mit komplizierteren Fällen oft etwas unklarerer Ätiologie, bei denen wahrscheinlich die Einwirkung konzentrierter Sprenggase einen Anteil habe und Bewußtseinsstörungen, Bewußtlosigkeit höchstwahrscheinlich auf Explosionsgase zu beziehen seien. Diesen prognostisch günstigen Gruppen stellt Zangger dann die Störungen nach Kopfverletzungen und starken Erschütterungen des Kopfes gegenüber, sowie die schweren, sehr oft unheilbaren Psychosen, die, auf Grund von Dispositionen, Heredität sich aufbauend, durch die verschiedensten äußeren Einwirkungen, Anstrengungen, toxischen Einflüsse, Erschöpfung usw. ausgelöst würden.

Es ist ohne weiteres zu ersehen, daß diese Gruppierung der Krankheitsformen nach prognostischen Gesichtspunkten eine brauchbare Parallele zu unsern nach klinischen Typen geordneten Kriegserkrankungen nicht recht zuläßt. So würde beispielsweise die zuerst gekennzeichnete Gruppe wohl ziemlich ebensogut für die nervösen Erschöpfungszustände wie für die Schreckneurosen in Anspruch genommen werden können.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Daß der Krieg in allen seinen Phasen und in allen Beziehungen als starker Reizfaktor wirkt, wird ebenso allgemein anerkannt wie dies: daß infolgedessen im Zusammenhang mit ihm abnorme Ausprägungen psychopathischer Veranlagungen, ungewöhnliche Verstärkungen bestehender psychopathischer Züge, sowie psychopathische Reaktionen auf natürliche Reize reichlich auftreten müssen.

Ein Teil der hierüber gemachten Beobachtungen entstammt zunächst den Erfahrungen an der Zivilbevölkerung, und zwar speziell während der ja besonders erregend wirkenden Mobilmachungsperiode.

Hoche erwähnt aus dieser Zeit Erregungs- und Verwirrtheitszustände zum Teil hysterischen Charakters bei psychopathisch Minderwertigen und Angstzustände bei der Zivilbevölkerung, die in nervöser Hinsicht nicht dauernd im Gleichgewicht sei, Bonhöffer nennt neben hysterischen Störungen Angstzustände, Phobien aller Art und depressive Zustände mit episodischem Auftreten von Beeinträchtigungsideen.

Wollenberg führt speziell in dieser Periode aufgetretene Erregungszustände der Psychopathen an, die sich meist durch schwere Angstaffekte auszeichneten und zuweilen mit religiös exaltierter Färbung und pathe-

tischer Redeweise einhergingen. Der Gedanke, für einen Spion gehalten und erschossen zu werden, spielte dabei eine große Rolle. Die Erregung lief, auch wenn sie hochgradig war, meist rasch ab, und die Kranken wurden überraschend schnell ruhig und klar. Sie erwiesen sich dann als nach den verschiedensten Richtungen krankhaft veranlagt, als habituell ängstliche, zu paranoider Eigenbeziehuug geneigte, emotive, vielfach mehr oder weniger schwachsinnige Individuen, bei denen oft als Nebenursache noch Alkoholmißbrauch im Spiel war. Ähnlich finden sich auch bei Singer als krankhafte Reaktionen von Psychopathen während der Mobilmachungszeit angstbetonte Erregungszustände, in deren Verlauf die vorgestellten Kriegsereignisse eine Rolle spielten, Schlaflosigkeit unter dem Einfluß von Oppressionsgefühlen, funktionelle Krämpfe erwähnt. Unter anderm bekamen zwei erblich belastete Jungen von 16 und 17 Jahren in jener Zeit Nacht für Nacht Pavor nocturnus-ähnliche Anfälle, wobei sie unter ängstlicher Erregung aus den Betten sprangen, die Arme zum Schießen anlegten resp. unter dem Ruf: die Russen! auf den Ofen einhieben. Beiden fehlte nachher die Erinnerung an das Vorgefallene. Katz führt Beobachtungen von Angstzuständen an fünf 6—10 Jahre alten Kindern, vorwiegend Mädchen, an, die, mehr oder weniger schwer belastet, aber bisher völlig gesund, nachgewiesenermaßen und nach eigenen charakteristischen Äußerungen durch Erzählungen vom Kriege und seinen Greueltaten geängstigt worden waren und infolgedessen daran denken mußten. Die Kinder wurden blaß und schlaff mit müdem, melancholischem Gesichtsausdruck, hörten von Zeit zu Zeit mit Spiel oder sonstiger Beschäftigung auf, träumten vor sich hin oder liefen unruhig hin und her. Nach einiger Zeit, 5 Minuten bis einer Viertelstunde, begannen sie wieder mit ihrer Tätigkeit. Katz glaubt, daß die in der gleichen Zeit von ihm beobachtete Häufung von Fällen von Enuresis nocturna und Pollakiurie möglicherweise ähnlichen psychischen Ursprungs sei. — In dieses Gebiet der psychopathischen Reaktionen der Mobilmachungsperiode gehören wohl auch einige der von Fuchs beschriebenen, später noch zu erwähnenden Fälle von „Mobilmachungsknall".

Unter den erkrankten Soldaten fand Meyer 13,5% psychopathische Konstitutionen, und zwar eine Anzahl mit dem Bilde der Neurasthenie (nervöser Übererregbarkeit, allgemeinen nervösen Beschwerden wie Kopfdruck, Rückenschmerzen, Schwindel usw.), weiter einige Fälle psychopathischer Sonderlinge mit großer Empfindlichkeit, wunderlichen Angewohnheiten u. dgl. und schließlich solche mit erhöhter und qualitativ abnormer psychischer Reaktionstendenz auf äußere Umstände, diese zum Teil sehr gut intellektuell veranlagt und von einem besonders starken patriotischen Drang erfüllt, durch ihre abnorme Artung aber zu Suicidversuchen und Konflikten verschiedenster Art disponiert. Im Gegensatz dazu hielt aber eine Reihe von Psychopathen den Kriegsdienst bisher gut aus und leistete sogar Hervorragendes. Besonders ein paar Fällen von Morphinismus auf der Basis psychopathischer Konstitution ist der Krieg bisher gut bekommen. Ähnliche Erfahrungen über die Kriegsbrauchbarkeit der Psychopathen hat übrigens auch Leppmann gemacht. Nicht zu

halten vermochten sich nach ihm im allgemeinen die affektiv Unzulänglichen, Unsteten, Willensschwachen, die nach momentaner Begeisterung versagten. Bei einem seiner Fälle, der „aus nervöser Verzweiflung" ins Heer trat, ging es 2 Monate ganz gut, dann brach er mit Angstzuständen, Kleinmut, Stimmungswechsel und Wutausbrüchen zusammen.

Den weitaus größten Prozentsatz unter den Kriegserkrankten nehmen die psychopathischen Konstitutionen unter dem Bonhöfferschen Material ein: 54% bei einer Gesamtzahl von 125 — eine ungemein hohe Zahl, wenn man die sehr sorgfältigen Maßregeln zur Erkennung und Ausscheidung dieser Individuen im Friedensheer in Betracht zieht. Sie findet nach dem Autor ihre Erklärung darin, daß die Entwicklung pathologischer Reaktionen mit der Entwicklung emotioneller und anderer Strapazen zunehme. Bonhöffer meint sogar — ein Moment von prinzipiellster Bedeutung, dessen Sicherstellung meines Erachtens mit zu den wichtigsten Aufgaben der psychiatrischen Kriegsbeobachtungen gehört —, die körperlichen und seelischen Schädlichkeiten des Krieges könnten auch ohne nachweisbare Disposition Zustände hervorbringen, die der psychopathischen Konstitution gleichzusetzen seien. Die starke Anhäufung dieser Individuen speziell im ersten Kriegsbeginn erklärt er damit, daß die Mobilmachung eine große Anzahl der körperlichen Anstrengungen Entwöhnter ins Feld führe, die bei plötzlichen Anforderungen leicht versagten. Daher befanden sich nur 5 aktive Soldaten unter den wegen psychopathischer Konstitution Eingelieferten.

Der seelischen Durchschnittseigenart nach handelte es sich in allen Fällen um Individuen, die bis dahin gröbere psychische Störungen nicht dargeboten hatten, aber nach Vorleben und Anamnese meist die Kriterien der psychopathischen Persönlichkeit aufwiesen. Ursächlich für die psychische Gleichgewichtsstörung wirkte bei einzelnen schon die Tatsache der Einziehung, die Loslösung aus den bisherigen Verhältnissen, die Nötigung, sich dem disziplinaren Organismus anzupassen, bei anderen der Anblick eines Verwundetentransports, die Erregungen der Schlacht, die Strapazen der Märsche, eine leichte Verwundung, ein Alkoholexzeß, ein Verweis des Vorgesetzten, Übernahme einer neuen verantwortlichen Stellung.

Die Krankheitsbilder hatten zum Teil den Charakter hysterischer Reaktionen: hysterische Anfälle, Lähmungen, funktionelle Schmerzen ohne objektiven Befund, aber auch ausgesprochene hysterische Delirien mit phantastisch konfabulatorischen Erlebnissen von schweren inneren Verletzungen, von Überfällen und Betäubung, hysterische Pseudodemenzerscheinungen, zum anderen boten sie epileptoide Wuterregungen und Angstzustände, dämmerzustandsartige Bilder, pathologische Verstimmungen, sämtlich von kurzer Dauer und sich in plötzlichen Fuguezuständen und dissomanischen Anfällen äußernd.

Epilepsie.

Die Epilepsie hat anscheinend bisher keine allzu große Bedeutung gewonnen, während beispielsweise für den deutsch-französischen Krieg

seinerzeit im offiziellen Bericht allein 2010 an Epilepsie resp. Krämpfen überhaupt Erkrankte angeführt wurden. Bonhöffer zählt unter seinen Soldatenaufnahmen 14%, Meyer 11,5%, Hahn 8% Epileptiker.

Daß die Kriegsschädlichkeiten im allgemeinen auf den Zustand der Epileptiker ungünstig wirken und eine Verstärkung der Anfälle sowie Verkürzung der freien Intervalle herbeiführen, wird ziemlich allgemein anerkannt (Oppenheim, Meyer u. a.), und darüber hinaus auch, daß solche Störungen von neuem bei Individuen ausgelöst wurden, die vor langer Zeit epileptische Symptome aufgewiesen hatten und dann frei geblieben waren. Solche Fälle erwähnt beispielsweise Weygandt. In dem einen hatten in der Kindheit Krämpfe bestanden, in der Mobilmachungszeit erkrankte er dann von neuem mit veränderter Stimmungslage und Erregung, in einem anderen lagen aus der Kindheit Reste einer Encephalitis vor, es waren damals einzelne Anfälle und mit 11 Jahren eine Reihe von Absenzen beobachtet worden. Erst im Laufe des Feldzugs war dann nach heftigen Strapazen und erschütternden psychischen Eindrücken (Löwen) ein epileptischer Dämmerzustand aufgetreten. Bonhöffer weist auf jene den Awtokratowschen Beobachtungen aus dem russisch-japanischen Kriege entsprechenden Fälle von „Feldzugsepilepsie" hin, bei denen nur eine sehr genaue Anamnese gewisse leichte Anzeichen epileptischer Anlage ergab. So hatte ein Teil früher keine Anfälle gehabt, bei einem hatte im Knabenalter längere Zeit Enuresis bestanden. Nach Bonhöffers Ansicht handelt es sich hier wohl um günstig verlaufende Fälle, die in das Gebiet der Reaktivepilepsie (Affektepilepsie von Bratz) gehören. Von schweren epileptischen Störungen, lediglich durch die psychischen Erschütterungen des Krieges ausgelöst, ist anscheinend bisher noch nichts mitgeteilt worden.

Von Einzelheiten sei noch erwähnt, daß von Hahns 8 Epilepsien 3 schon in der Kaserne, 5 erst im Felde durch Anfälle, Verwirrtheit und Disziplinlosigkeit störend wurden, und daß bei allen sich die Krankheit schon früher nachweisen ließ. Von Meyers Fällen hatten verhältnismäßig wenige infolge ihrer Krankheit Konflikte irgendwelcher Art im Dienst gehabt. Eine Reihe kam mit epileptischen Delirien oder Dämmerzuständen, in denen bemerkenswerterweise die Kriegsereignisse keine besondere Rolle spielten. Fälle, bei denen sich früher keine Anfälle nachweisen ließen, fanden sich auch unter Meyers Fällen, ein erheblicher Teil hatte aber jedenfalls welche gehabt, und zwar waren sie bezeichnenderweise unter dem Einfluß von Anstrengungen gerade bei militärischen Übungen aufgetreten. — Mehrfach wurden übrigens nach dem gleichen Autor Dämmerzustände unklarer Genese beobachtet, ohne daß Epilepsie oder psychopathische Veranlagung, speziell Hysterie, nachweisbar war. Dieser Erfahrung sei Molls Betonung der Häufigkeit von epileptischen Dämmerzuständen gegenübergestellt: „Auch bei bisher Gesunden kann sie der Krieg hervorrufen, wie er auch epileptische Anfälle auslöst."

Diese etwas spärlichen Ergebnisse dürften einigermaßen enttäuschen. Gerade für die Epilepsie hätte man am ehesten eine reichere Ausbeute aus den Kriegserfahrungen in ätiologischer wie symptomatologischer Hin-

sicht erwartet. Von daher sind also vorderhand keine klinischen Hilfsmittel für den neuen Ausbau des gegenwärtig im Zerfall begriffenen Epilepsiegebietes zu erhoffen.

Imbezillität.

Diese Krankheitsform, die in der Friedensarmee eine solche Rolle spielt, daß sie der Zahl nach fast genau so hoch kommt wie die eigentlichen Geisteskrankheiten, tritt in der Kriegspsychiatrie, wohl infolge eben dieser großen Beachtung, die ihr in Friedenszeiten geschenkt werden muß, erheblich zurück. Bonhöffer erwähnt überhaupt keine Fälle, von Meyer werden 8, von Hahn 7% genannt. Die Meyerschen Imbezillen waren teils Ersatzreservisten, teils Kriegsfreiwillige, von denen einzelne den Ganserkomplex angedeutet, andere vorübergehend stärkere Erregung und Depression boten. Von Hahns Fällen wurde über die Hälfte in der Kaserne, meist durch hypochondrische Beschwerden, unbrauchbar, die ins Feld gekommenen schienen leidlich alles mitzumachen. Edel erwähnt einen Imbezillen mit Stupor, der von der Truppe abgekommen und umhergeirrt war und dessen Erkrankung vor dem Kriege nicht in die Erscheinung getreten war.

Manisch-depressives Irresein.

Manisch-depressive Krankheitsbilder im Kriege sind anscheinend recht selten, was einigermaßen verwundern könnte einmal, weil man nach Bonhöffer bei dieser das affektive Gebiet besonders beteiligenden Psychose eine besondere Abhängigkeit von schweren emotionellen Erlebnissen annehmen dürfte, zum andern, weil nach einzelnen Autoren das Gebiet dieser Störungen, insbesondere ihrer gemilderten Form, der Zyklothymien, ein recht ausgedehntes ist. Es liegt hier also so ähnlich wie bei den manisch-depressiven Haftpsychosen, die ja auch trotz aller seelischen Erregungen des Gefängnisses rarae aves sind. Mendel hat solche Zustände überhaupt nicht im Felde gesehen. Er führt im Gegensatz dazu sogar einen Fall an, der trotz einer vor 2 Jahren durchgemachten schweren Melancholie und trotz starker Gemütserregungen beim Kriegsausbruch kein Rezidiv bekam, vielmehr im Felde bisher wohlauf blieb. Bonhöffer sah nur wenige Fälle und ebenso Hahn unter 20 ausgesprochenen Kriegspsychosen nur 2 schwere Depressionen, bei deren einem es sich um ein Rezidiv, dem andern um einen Fall aus schwer manisch-depressiver Familie handelte. Meyer zählt 4% seiner Fälle zu dieser Krankheitsform, allerdings ist ein Teil von ihnen wenig typisch, so daß Ref. geneigt sein würde, sie nach der Schilderung eher den psychogenen Angst- und Depressionszuständen zuzurechnen. Diese Fälle, bei denen schwere Depression und Angst mit entsprechenden Vorstellungen sich schon in der ersten Kriegszeit einstellten und sich als außerordentlich hartnäckig und eintönig erwiesen, waren anscheinend erwachsen auf dem Boden angeborener geistiger Minderwertigkeit und ausgelöst durch die Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen und die Sorge um das Wohl der Familie, die ihren Wohnsitz beim Einfall der Russen verlassen mußte. Andere typischere Fälle, die zum Teil schon vor dem Kriege Krankheitserscheinungen aufgewiesen hatten, waren gleich

in den ersten Tagen des Feldzugs auffallend durch ihren Tatendrang, den einer der Patienten durch entsprechendes militärisches Vorgehen befriedigen wollte. Singer führt zwei Maniaci aus dem Felde an, die wiederholt schon Strafe bekommen hatten, und meint, daß viele der als Neurastheniker bezeichneten und als solche der Beobachtung überwiesenen Soldaten Zyklothyme wären. Bei einer ganzen Reihe konnte er die Periodizität ihrer Erkrankung nachweisen. Er glaubt übrigens, daß diese manischen ebenso wie sicher melancholischen Störungen sich unter dem Eindruck der psychischen Strapazen etwas häuften, daß ihre manifesten Äußerungen öfters beobachtet würden. Edel schließlich erwähnt mehrere Soldaten mit leicht manischen Erregungszuständen, von denen der eine nach Überfall infolge falschen Spionenverdachts, der andere nach schwerer Armverletzung durch Franktireurs erkrankt war, sowie einen körperlich an Magengeschwür leidenden Soldaten mit schwerer Melancholie, Versündigungswahn und Neigung zur Selbstschädigung.

Dementia praecox.

Bei der großen Zahl von Schizophrenien, die alljährlich überhaupt und speziell in jüngeren Lebensjahren erkranken, muß natürlich diese Erkrankung auch oft genug im Kriege vorkommen. Mendel sah im Felde „eine ganze Anzahl“, und zwar hauptsächlich katatonische und paranoide Formen. Bonhöffer fand 7, Meyer 7, Hahn 13% unter seinen Fällen. Die Hahnschen Schizophrenien waren meist stuporöse Formen. Einmal brach die akute Erregung im Felde, einmal in der Heimat aus, zweimal handelte es sich um einen neuen Schub, einmal um Propfhebephrenie. Von Meyers Fällen zeigten nur einzelne Wahnideen, die im Zusammenhang mit den Kriegsereignissen standen, die Mehrzahl erschien selbst da, wo sich die Erkrankung mitten im Kriegsbetriebe entwickelt hatte, mit Einsetzen der Störung dem Kriege völlig entrückt. Ein erheblicher Teil der Fälle war nachweislich schon vor dem Kriege krank, zum Teil schon in Anstalten gewesen. Ein Kranker mit schon lange bestehenden Verfolgungsideen bekam im Beginn des Feldzugs unter stärkerem Hervortreten derselben einen Erregungszustand, in dem er, als er seinen Sammelplatz nicht finden konnte, einen schweren Selbstmordversuch verübte.

Über eine Gruppe von Dementia-praecox-Fällen, auf die anscheinend die Mobilmachung eine psychotraumatische Wirkung entfaltete (Jörger), soll später in anderm Zusammenhang berichtet werden. Erwähnt sei nur noch die entgegengesetzte Beobachtung von Nonne, wonach ein sichergestellter Fall von Schizophrenie nach einjährigem Anstaltsaufenthalt wieder als Offizier ins Heer eintrat und unberührt von den Kriegserschütterungen sich sogar auszeichnete. Eine Erfahrung, die übrigens nicht weiter überraschen kann, wenn man daran denkt, wie gut gelegentlich Dementia-praecox-Fälle in ihren Intermissionen über andere Fährlichkeiten, z. B. die Haft, hinwegkommen.

Alkoholismus.

Der Prozentsatz dieser Erkrankungen an den bisher beobachteten Psychosen ist verhältnismäßig groß (Meyer wie Hahn nennen 21%,

Bonhöffer allerdings nur 10%). Von diesen fällt freilich ein gut Teil auf die Alkoholdelirien der Mobilmachungsperiode, deren Bedeutung von allen Beobachtern anerkannt wird. Ihre Auslösung wird ziemlich übereinstimmend auf die Erregungen dieses Zeitabschnitts, das tagelange Herumfahren in der Hitze und die zwangsweise Alkoholabstinenz zurückgeführt. Nach Bonhöffer handelte es sich bei den Erkrankten um Reservisten und vor allem um Landwehrleute, die in ihrem Zivilberuf dem Alkoholismus verfallen waren, während überhaupt kein aktiver Soldat wegen Alcoholismus chronicus eingeliefert wurde. Nach jenen Mobilmachungstagen wurde nur noch ein einziger Delirant der Bonhöfferschen Klinik zugewiesen.

Was die klinischen Besonderheiten dieser Trinkerdelirien angeht, so boten die Beobachtungen von Bonhöffer anscheinend nichts Ungewöhnliches, auch keine körperlichen Komplikationen. Wollenberg dagegen hebt ausdrücklich das Atypische und die Schwere seiner Fälle hervor, die meist mit besonders tiefer Bewußtseinsstörung (nachher meist volle Amnesie) und sehr starker motorischer Erregung einhergingen, während die charakteristischen Tierhalluzinationen fehlten. Ein nicht geringer Teil der Fälle endete schnell tödlich infolge von Herzschwäche Auch Hoche hebt die im Weinlande seltene Schwere der von ihm beobachteten Fälle hervor, sowie die Vollständigkeit der Symptome, als deren Ursache er die Herkunft der Erkrankten aus Schnapskonsumgegenden ansieht. Hahn erwähnt, daß es sich bei den 6 von ihm beobachteten Delirs aus der Mobilmachungszeit nicht um Abstinenzdelirs handelte, 4 von ihnen hatten kurz vor der Aufnahme getrunken.

Chronische Alkoholisten fand Meyer in 16% seiner Fälle. Sie machten sich meist früh bemerkbar, erschwerten den Dienst durch die Stumpfheit ihres Wesens und ihre Reizbarkeit mit oder ohne Alkoholeinfluß. Mehrfach handelte es sich bei ihnen um atypische Rauschzustände oder um epileptiforme Erscheinungen, so Dämmerzustände, in denen es zum Verlassen der Truppe und längerem Umherirren kam. Praktisch bedeutungsvoll ist noch die Meyersche Beobachtung, daß von den zahlreichen in der Friedenszeit in der Klinik behandelten chronischen Alkoholisten nur ein einziger aus Anlaß des Dienstes im Kriege der Klinik wieder zugeführt wurde.

Hahn sah 11% Fälle von akutem und chronischem Alkoholismus. Der Rausch wurde durchweg bei Urlaub und in Lazaretten akquiriert, im Felde hatten sich die Leute bis auf einen gut gehalten. Bei 4 Fällen bestand ein pathologischer Rausch, 2 davon hatten epileptische Geschwister, einer litt an traumatischer Epilepsie. Nur bei einem war Aufregung über Strafe als einziges Moment zu eruieren. Singer sah wiederholt Fälle von Alkoholintoleranz. In einem Falle von zwei Tage anhaltender deliranter Verwirrtheit, in drei Fällen von Epilepsie hatten geringe Alkoholmengen bei prädisponierten erschöpften Individuen (chronischen Trinkern) auslösend auf die Erkrankung gewirkt. Im allgemeinen vertrugen die Truppen die Alkoholentziehung sehr gut.

Unter Meyers akuten Alkoholpsychosen (5,5%) überwogen die Gehörstäuschungen in Form der akuten Alkoholparanoia, die sonst ja

weit seltener als das Delirium ist. Diese Halluzinationen standen durchweg mit den kriegerischen Ereignissen in engem Zusammenhang. Kämpfe mit den Russen, vermeintliche Anschuldigungen wegen Spionage, Befürchtungen, von den Kameraden erschossen zu werden, spielten die Hauptrolle. In einzelnen Fällen handelte es sich um chronische Alkoholhalluzinosen mit Aufflackern beim Kriegsbeginn. Bei mehreren kam es zu einem ausgesprochenen Residualwahn durch Festhalten der in der akuten Phase vorgebrachten Wahnideen. Vereinzelt blieb auch eine eigenartige Willensschwäche, ähnlich der der traumatischen Neurose, zurück. Mehrfach kamen Selbstmordversuche unter dem Einfluß der beängstigenden Halluzinationen und Wahnideen vor.

Progressive Paralyse.

Die Paralyse spielt unter den bisherigen Kriegsbeobachtungen eine ganz geringe Rolle (Bonhöffer 6%, Meyer 3,5%, Hahn 3%) und zeigt anscheinend auch gegenüber den Friedenserkrankungen keine Besonderheiten. Für die Stiedasche Schlußfolgerung aus den Beobachtnngen des russisch-japanischen Krieges, daß der Krieg die Inkubationszeit der Erkrankung verkürze und also einen beschleunigenden Einfluß auf ihren Ausbruch ausübe, boten sich bisher nach Bonhöffer keine Anhaltspunkte. Besonders bemerkenswerte Einzelfälle sind bisher auch nicht veröffentlicht worden. Die Fälle, die Singer sah, waren sämtlich weit vorgeschritten, von den 3 Hahnschen Fällen wurden 2 durch ihr größenwahnsinniges Auftreten sehr störend, eine Paralyse von Edel, die vor dem Kriege nicht in die Erscheinung getreten war, war von der Truppe abgekommen und umhergeirrt. Zu erwähnen ist noch ein Nonnescher Fall, der in einer ausgiebigen Remission der Erkrankung mit Auszeichnung gekämpft hat (ebenso übrigens zwei Tabiker, der eine, der an Ataxie gelitten, als Bataillonsführer, der andere, der heftige lancinierende Schmerzen geboten hatte, in anstrengenden Waldkämpfen in den Argonnen).

Symptomatische Psychosen.

Sie sind bisher anscheinend noch recht selten. Bonhöffer sah 3% unter seinen Fällen, und zwar toxisch infektiöse Begleitdelirien bei Sepsis, aber noch keine Psychosen im Anschluß an Kopfverletzungen, keine Infektionspsychosen im Anschluß an Seuchen, keine Amentiafälle. Aus Spa, wo Typhusrekonvaleszenten untergebracht sind, wird von Moll die geringe Zahl der Typhuspsychosen hervorgehoben. Pförringer führt aus dem gleichen Ort einige psychische Erkrankungen nach Typhus an, so einen Erschöpfungs- und Verstimmungszustand bei einem Psychopathen, ein der Dementia paranoides nahekommendes Krankheitsbild, und schließlich eine psychische Affektion, die anscheinend nicht durch den Typhus, sondern durch einen vorangegangenen Nervenchok ausgelöst war, also sämtlich keine eigentlichen Infektionspsychosen.

Von Störungen organisch-traumatischen Ursprungs sei zunächst im Hinblick auf den wichtigen, rein psychogenen vasokardialen Symptomenkomplex erwähnt, daß Oppenheim die von Friedmann als

Folge von Kopfverletzungen beschriebene vasomotorische Symptomengruppe, der wahrscheinlich feinere organische Veränderungen zugrunde liegen, auffallend häufig bei den von Streifschüssen und Schrapnellgeschossen am Kopf verletzten Soldaten angetroffen hat. Bei traumatischen Psychosen, deren er übrigens auch nur sehr wenige bisher gesehen hat, fand Meyer als bekannte psychotische Symptome auffallende Euphorie, Mangel an Verständnis für die Schwere der Verletzung und die notwendige Behandlung, sodann Benommenheit, Merkfähigkeitsstörung, mangelnde Orientierung, besonders zeitlich, große Neigung zur Perseveration, Erschwerung der Auffassung und Kombination, seltener deliriöse und Erregungszustände.

Von Einzelbeobachtungen mögen noch angeführt werden ein Fall von Gehirnerschütterung mit nachträglicher Amnesie und Ausfüllung der Erinnerungslücke mit Konfabulationen (Edel) und eine Schußverletzung des Stirnhirns mit nachfolgendem akinetischen Krankheitsbild (starke Herabsetzung der motorischen Spontaneität mit regungslosem Daliegen, Fehlen spontaner Sprachäußerungen und Bewegungen bei ziemlich prompter Auskunft auf Befragen und glatten und schnellen Bewegungen auf Verlangen), dabei kein Gedächtnisausfall, keine Orientierungsstörung, geringe Merkdefekte und leichte Kombinationsstörungen (Cramer).

Schließlich sei noch Molls Beobachtung eines Delirium traumaticum und einer Bewußtseinsstörung nach Hitzschlag kurz erwähnt.

Der Einfluß des Krieges auf schon bestehende Geisteskrankheit.

Da trotz aller Vorsichtsmaßregeln anerkanntermaßen hier und da von vornherein kranke Personen zur Einstellung gelangten, und zwar nicht nur leicht abnorme wie Psychopathen, Imbezille, Hysterische, Epileptiker usw., sondern auch Individuen mit schwereren Psychosen — so liegt die Frage nahe, wie sich das Schicksal dieser Fälle unter dem Einfluß des Feldzugs gestaltete. Zum Teil wurde dieses Moment ja bereits bei den einzelnen Krankheitsformen gewürdigt und auf Verschlechterungen des Zustandes, Verstärkung und Häufung von Anfällen und sonstigen episodischen Störungen bei Psychopathie, Hysterie, Epilepsie, psychogener Disposition u. dgl. hingewiesen.

Daneben wurden allerdings auch gewisse gegenteilige Einzelerfahrungen hervorgehoben, wonach sich manche Psychopathen, Alkoholisten, Epileptiker und selbst vereinzelte Fälle von Paralyse, Schizophrenie usw. wider Erwarten gut hielten. Systematische Untersuchungen über diese letzteren, an sich besonders interessanten, wenn auch kaum zu Verallgemeinerungen berechtigenden Erfahrungen fehlen natürlich. Jedenfalls lehren diese Einzelbeobachtungen, die von den verschiedensten Seiten erwähnt werden, daß man nicht so ganz allgemein und ohne weiteres sagen darf, der Krieg mache bei den Feldzugsteilnehmern latente Psychosen manifest und verstärke die bestehenden psychotischen Zustände.

Bei der geisteskranken Zivilbevölkerung, wenigstens der in Anstalten befindlichen, erwies sich nun der Einfluß des Krieges, der hier

freilich im Gegensatz zum Felde nur ein ganz begrenzter und rein psychischer sein kann, als ein ganz geringer. Meyer hat speziell die Geisteskranken der Königsberger Klinik unter diesem Gesichtspunkte untersucht, wie weit die Wellen der Erschütterung, die mit dem Kriege die gesamte Bevölkerung traf, diese Psychosen erreichten und beeinflußten. Die Bedingungen für eine solche Beobachtung erschienen insofern günstig, als es sich hier um eine Festung und militärisches Zentrum nicht weit von der russischen Grenze entfernt handelte. Das Ergebnis der Untersuchung von 53 Kranken der verschiedensten Art war dies, daß eine nach außen bemerkbare Beeinflussung durch den Kriegsausbruch bei schon bestehender Psychose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht nachweisbar war, einerlei welche Krankheitsform vorlag, höchstens bei einem oder zwei der ziemlich zahlreichen Depressionszustände, die ins Gebiet des manisch-depressiven Irreseins, der klimakteriellen, senilen und arteriosklerotischen Prozesse gehörten, machte sich eine Steigerung der Angst und Unruhe bemerkbar. Allerdings kamen, wenigstens bei den ausgeprägtesten Fällen dieser Art, hinzu, daß Heimatsort und damit eigene Habe ganz besonders gefährdet war.

Gegenüber diesem Fehlen einer äußerlich erkennbaren Einwirkung auf die Kranken war nachzuweisen, daß der Ausbruch des Krieges als solcher oder zum mindesten der Umstand, daß etwas Besonderes vor sich ging, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur Auffassung gekommen war, doch hatten die Kranken den Kriegskomplex nicht verarbeitet, wenn von den erwähnten melancholischen und vielleicht einem Paralytiker, der mit der Idee eines schußsicheren Panzers wieder hervortrat, abgesehen wird. Meyer erklärt diesen mangelnden Einfluß daraus, daß es sich hier nicht um Einzelerlebnisse handele, die im allgemeinen bestimmend und richtunggebend für den Inhalt der Wahnideen zu werden pflegen.

Im einzelnen trat bei chronischem Alkoholismus und ebenso bei Paralyse und Dementia praecox der Ausfall auf affektivem Gebiete, das Bestehenbleiben der krankhaften Betonung des Ichkomplexes klar hervor, bei letzterer insbesondere wieder der Zwiespalt zwischen gemütlicher Ansprechbarkeit und dem übrigen psychischen Geschehen, der Gegensatz zwischen mehr oder weniger sachlicher Überlegung und Mangel der entsprechenden Affektbetonung. Bei den manisch gefärbten Krankheitsbildern bestand Teilnahme, aber nicht tief, bei melancholischen hindert die hochgradige depressive Gefühlsfärbung jede Beeinflussung.

Das gleiche Ergebnis hatte übrigens die Untersuchung von noch 70 weiteren (weiblichen) Kranken der Anstalt Tapiau, nachdem diese tagelang den russischen Geschützen ausgesetzt, mehrfach getroffen war und Tote und Verwundete bekommen hatte. Von diesen Kranken (alten Schizophrenien) sprachen am nächsten Morgen nur einzelne von Schießen, einige wollten abends unter die Betten kriechen, zum Teil wußten sie auch vom Kriege Bescheid, aber einige wirkliche Beeinflussung bestand trotz schwerer direkter Kriegseinwirkungen auch hier nicht.

Im Gegensatz zu diesen Feststellungen gestaltete sich nach Jörgers Beobachtungen der Einfluß der Kriegs- resp. Mobilmachungserregung auf

Dementia-praecox-Fälle weit bedeutungsvoller. Kranke, bei denen die Schizophrenie schon lange deutlich und manifest war, die sich aber bisher draußen gehalten hatten, bekamen eine deutliche Verschlimmerung, welche sich bei allen in einem Dämmerzustand mit Aufregung von stets depressivem Inhalt kundgab. Das akute Stadium verschwand ziemlich rasch, nachdem die Kranken in der Anstalt wieder dem gewöhnlichen Leben nähergebracht worden waren. Bei andern, die schon in der Anstalt gewesen waren und sich in einem Remissionsstadium befanden, kam es unter der Mobilisierungsaufregung zu einem neuen Krankheitsanfall. Eine dritte Gruppe, die bis zur Mobilisierung praktisch als gesund galten, deren Eigenheiten der Umgebung nur als solche auffielen, gerieten mehr oder weniger schnell „in einen halb deliriösen, leicht benommenen Zustand, ausgezeichnet durch schwere Besinnlichkeit.“ Auch hier zeigte ein Teil der Fälle ein recht rasches Abklingen des Bildes, andere gingen in ein chronisches Stadium über. Die Angst ihrer Aufregung drehte sich um das Erschossenwerden und Sterben und war auf das psychische Trauma der plötzlich hereinbrechenden unerwarteten Ereignisse zurückzuführen. — Bemerkt sei übigens, zur Würdigung dieser Erfahrungen, daß Jörger die weite Schizophreniefassung der Züricher Schule vertritt.

Symptomendeterminierung durch den Krieg („Kriegsfärbung“).

Daß affektbetonte seelische Inhalte die Tendenz haben, innerhalb einer bestehenden Psychose zur Geltung zu kommen und sich in den verschiedensten Symptomen und mannigfachsten pathologischen Formen niederzuschlagen, ist eine bekannte, allerdings bei den verschiedenen Krankheitsformen verschieden ausgeprägte Erscheinung. Es war daher ohne weiteres anzunehmen und auch durch frühere Kriegserfahrungen hinreichend bestätigt worden, daß der „Kriegskomplex“ im Symptomenbilde der Kriegspsychosen entsprechend wirksam wird.

Aus den Erfahrungen des gegenwärtigen Krieges ist nun zunächst bemerkenswert, daß nach Mendel die zwecks Operation narkotisierten, psychisch normalen Verwundeten im Excitationszustande der Narkose (also gewissermaßen im toxischen Dämmerzustande) fast ohne Ausnahme nur vom Kriege sprachen. Sie erteilten Kommandos, brachten Meldungen an Vorgesetzte in militärischem Tone, beschimpften die Feinde usw. In ähnlicher Weise bezogen sich auch sonst die Beeinträchtigungsideen, die Sinnestäuschungen und die sonstigen krankhaften Vorstellungen lediglich auf den Krieg selbst. Nur ganz ausnahmsweise traf dies nicht zu z. B. bei Amentiafällen. Dagegen blieben Hysterische stets im Bilde. So wiederholte ein Soldat mit sicher hysterischer Psychose immer in stereotyper Weise, indem er den Klang des Herannahens und Platzens einer Granate treffend nachahmte, die Worte: Ssst—bumm. In den hysterischen Dämmerzuständen spielte der Gebrauch des Revolvers oder Gewehrs gegen die Umgebung zumeist eine Rolle. — Ähnliche Erfahrungen wurden auch von anderen Beobachtern bei den verschiedensten Psychosen gemacht. So erwähnt Singer, daß bei den Fieberdelirien regelmäßig kriegerische Mo-

mente in die Bildung der Halluzinationen und Wahnideen hineinspielten (Vision der Schützengräben, der Artillerie, Vorstellung auf Posten zu stehen usw.), Samuel führt eine Melancholie bei einem nicht einberufenen Landsturmmann an, der seine Nichteinberufung auf sein unwürdiges Betragen zurückführte u. ähnl. mehr. Auch bei den oben gekennzeichneten Krankheitsformen wurde allenthalben auf ähnliche Erscheinungen hingewiesen. Sie fanden sich bei den Akoasmen der akuten Alkoholhalluzinose (bei den deliranten Erlebnissen des Säuferwahnsinns konnte ich übrigens auch diesen Zusammenhang mit den Kriegsinhalten feststellen), bei den halluzinatorischen Erregungen der Psychopathen wie auch der nervösen Erschöpfungszustände, des weiteren bei den hysterischen Psychosen, speziell den Dämmerzuständen mit ihrer Produktion, resp. Reproduktion von Kriegsszenen und deren theatralisch dramatischen Wiedergabe, vor allem aber bei den psychogenen Störungen, die in ihren pathologischen Tagträumereien und nächtlichen Träumen, in ihren Zwangserinnerungen, ihren Phobien und Ausnahmezuständen aller Art diese inhaltlichen Beziehungen zu jenen affektbetonten Vorstellungskreisen kaum je vermissen ließen. Immerhin gilt diese psychische Determinierung doch nicht durchweg, sie wurde, wie schon erwähnt, von Meyer z. B. bei den epileptischen Störungen vermißt und bei den schizophrenen Soldatenaufnahmen in den Wahnideen nur vereinzelt gefunden, während die Mehrzahl der Fälle selbst da, wo sich die Erkrankung mitten im Kriegsbetriebe entwickelt hatte, mit Einsetzen der Störung dem Kriege völlig entzogen erschien[1]).

Wenn man den allgemeinen Eindruck, den in dieser Hinsicht die oben geschilderten einzelnen Kriegserfahrungen hinterlassen, wiedergeben will, so wird man wohl sagen können, die Determinierung der Symptome durch den Kriegsinhalt trifft man um so sicherer bei Kriegspsychosen an, je einwandsfreier ihre Hervorrufung durch psychisch wirksame Einflüsse nachgewiesen ist, am sichersten also bei den psychogenen Erkrankungen jeglicher Art, den hysterischen Zuständen, den Emotions- und Schreckneurosen, den traumatischen Neuropsychosen u. dgl., ein Eindruck, der damit die anderweitig (z. B. bei den Haftpsychosen) gewonnenen und halbwegs sichergestellten Erfahrungen auf diesem Gebiete bestätigen würde.

Die Frage der Kriegspsychose im engeren Sinne.

Die Frage nach der Kriegspsychose im engeren und eigentlichen Sinne, also einer lediglich durch den Krieg hervorgerufenen Geistesstörung eigener Art, ist eigentlich nur ein Überbleibsel aus dem Inventar veralteter pathogenetischer Anschauungen, und es bedarf daher auch nicht langer theoretischer Auseinandersetzungen, warum man bei der weitgehenden Übereinstimmung der wirksamen ätiologischen Faktoren in Kriegs- wie Friedenszeit nur die bekannten, nicht aber neuartige Krankheitstypen erwarten

[1]) Immerhin läßt sich bei Jörgers Beobachtungen aus Burghölzli an den Schizophrenien der Mobilmachungserregung eine gewisse „Kriegsfärbung“ im Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen herauserkennen. Auf den Genius loci allein kann dies doch nicht zurückzuführen sein.

darf. Diese Frage wird daher auch von allen Autoren (Bonhöffer, Oppenheim, Meyer, Wollenberg usw.) strikte verneint, und dies nicht nur aus theoretischen Gründen, sondern auch auf Grund der neu gewonnenen gegenwärtigen Erfahrungen.

Immerhin wird doch manches Charakteristische an den im Kriege entstandenen psychischen und nervösen Störungen angeführt, was sie von den unter anderen Verhältnissen zustande gekommenen Erkrankungen gleicher Art abhebt. Auf die so vielfach nachweisbare Kriegsfärbung der Symptome, speziell der Sinnestäuschungen und Wahnideen, aber auch des sonstigen Gedankeninhalts, wodurch der inhaltliche Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen bezeichnend zum Ausdruck kommt, wurde schon hingewiesen, und es möge nur noch ausdrücklich betont werden, daß Umfang und Bedeutung dieser Erscheinung auch nicht überschätzt werden darf. Ihr Prädilektionsgebiet ist das der psychogenen Störungen, wo anders kann sie sehr wohl fehlen, und so kommt beispielsweise Meyer zu dem Schluß, daß an den schweren Psychosen chronischen Charakters aus dem Kriege eine besondere Färbung nicht zu erkennen sei.

Oppenheim führt speziell für die nervösen Störungen als solche symptomatologische Kriegseigenheiten einmal die fast durchgehende Beeinträchtigung des Schlafes durch wilde Träume mit eben jenem vorherrschend den Kriegserinnerungsbildern entstammenden Inhalt an — bei einem seiner Patienten kam es auch am Tage im Mittagsschlaf zu einem derartigen Traume, in dem er einem vermeintlichen Kommandoruf folgend aufsprang und in blinder Hast vorwärts stürmte, bis er mit dem Kopf anstieß und sich verletzte —, sodann das starke Hervortreten der kardiovasculären Störungen, die bei den Emotionsneurosen des Krieges anscheinend noch stärker in den Vordergrund träten als bei den traumatischen Neurosen nach Eisenbahnunfällen usw. In erster Linie gelte dies freilich für die Zustände allgemeiner Nervosität, die im Geleit der schmerzhaften traumatischen peripheren Neuritis aufträten.

Bonhöffer sieht eine gewisse Besonderheit des Krieges in der Kenntlichmachung der psychopathischen Konstitutionen und meint des weiteren, wenn man hinzunähme, daß neben dem emotiven Moment das der Erschöpfung einen wesentlichen Anteil an der Gestaltung der im Krieg auftretenden psychischen Krankheitsbilder habe, so würden solche Bilder, in denen psychopathische Anlage und eigentliche Erschöpfungssymptome sich vermischten, am ehesten dem entsprechen, was man als Kriegspsychose bezeichnen könne. Es würde sich also im wesentlichen um Krankheitsbilder der Art handeln, wie sie der Awtokratowschen neurasthenischen Kriegspsychose entsprechen. Bonhöffer gibt aber zu, daß analoge Bilder auch im Frieden aus anderen Anlässen beobachtet werden können.

Zu ähnlichen Anschauungen kommt im Grunde auch Buschan auf Grund der psychiatrischen Beobachtungen früherer Feldzüge. Er sieht in der Kriegspsychose ein infolge körperlicher und geistiger Überanstrengungen entstandenes, auf Schreck und Erschöpfung bei gleichzeitig bestehender psychopathischer Konstitution zurückzuführendes Krankheitsbild, das eine Kombination von Erschöpfungs- und Angstpsychose darstelle.

Fuchs hat nun kürzlich auch von einer Mobilmachungspsychose[1]) gesprochen, und da er diese Diagnose ätiologisch-symptomatologisch aufgefaßt wissen will, so muß man eigentlich annehmen, daß es ihm um eine besondere Krankheitsform zu tun ist. Er faßt diese Mobilmachungspsychose als eine Geisteskrankheit auf, die aus einer primären, durch die Mobilmachung bzw. die Einziehung zur Armee erzeugten Erregung hilfloser Angst mit einer Art von logischer Steigerung herausgewachsen ist. So weit er in ihr nun nichts weiter sieht als eine Art psychogener Störung besonderer Färbung, die unter dem Einfluß der Mobilmachungsaufregung aufgetreten und durch sie symptomatologisch bestimmt ist, soweit ließe sich gegen diese Bezeichnung nicht viel sagen. Nun führt er aber zu ihrer Kennzeichnung zahlreiche Momente der verschiedensten Art an, die über jene Charakteristik doch schon hinausführen: ätiologisch kongenitale Entartung und Mobilmachungserregung, weiter den akuten Beginn, die Stellung des Ichs im Gefahrenmittelpunkt, die Todesangst mit äußerstem Affektausdruck, die das Subjektive der Situation ergänzenden und gewissermaßen beweisenden Halluzinationen, mit deren Eintreten die Psychose erst vollständig werde; sodann die somatischen Symptome (von denen in einem Falle enorm weite, lichtstarre, prosexiestarre Pupillen erwähnt werden), den raschen Verlauf der akutesten Periode, die betreffs baldiger symptomatischer Besserung günstige Prognose, die Gefahr paranoider Weiterentwicklung, die all den Fällen eigene deutliche Demenz usw. — Man kannnicht sagen, daß die Fälle, die als Belege angeführt werden, gleichartig aussehen, und insbesondere läßt sich bei den meisten nicht erkennen, ob die betreffenden Individuen vor ihrer Mobilmachungspsychose nur die Erscheinungen kongenitaler Entartung aufwiesen und nicht schon psychisch krank waren, ebensowenig wie sich ihre Weiterentwicklung und Ausgang übersehen läßt. Einzelne von ihnen machen jedenfalls den Eindruck akuter Schübe bei bereits bestehender Schizophrenie. Als allgemeines Charakteristicum dieser Fälle wird man jedenfalls nur das anführen können, daß bei ihnen im Zusammenhang mit der Mobilmachung eine akute psychotische Erregung losbrach, in derem Symptomenbild im wesentlichen Angst und vereinzelte Verfolgungshalluzinationen und -wahnideen hervortraten, also eben jene Erscheinungen, die wir bei der Frage des Einflusses der Kriegserregung auf die bestehende Geisteskrankheit und speziell auf die Gestaltung der Symptome bereits gewürdigt haben. Daß diese Fälle trotz gewisser symptomatologischer Übereinstimmungen klinisch verschiedenwertig sein können, zeigen u. a. auch die Beobachtungen, die Mann während der Kriegsvorbereitungen zur Zeit der Spannung zwischen Österreich und Rußland gemacht hat. Auch hier handelte es sich im wesentlichen um halbwegs übereinstimmende Bilder ängstlicher Erregung und Verwirrtheit, bei denen auf die Kriegsverhältnisse sich beziehende Sinnestäuschungen und Wahnideen vorherrschten. Klinisch waren aber 5 Fälle der Imbezillität, 2 der Neurasthenie, einer der Hysterie zuzusprechen.

---

[1]) Im engeren und eigentlichen Sinne.

Psychiatrisch-Forensisches und Gutachtliches.

Auf diesem Gebiete ist bisher sehr wenig veröffentlicht, wohl einfach deshalb, weil, wie Leppmann hervorhebt, die Zeit für die Sachverständigentätigkeit bisher noch nicht gekommen ist.

Bezüglich der Diensttauglichkeit sind Leppmanns Erfahrungen an einer Reihe von psychopatisch Minderwertigen bemerkenswert, die einst nicht eingestellt oder entlassen worden waren und nun, in späteren Jahren wieder eingezogen, infolge der jetzt erfolgten Reifung besser standhielten und sich zum Teil im Felde sogar besser als im Frieden bewährten. Gute Erfahrungen will Leppmann in dieser Hinsicht auch mit den Epileptikern gemacht haben, die der größten Nachreife fähig seien. Für Wollenberg scheiden hinsichtlich der Felddienstfähigkeit neben überstandener Geisteskrankheit und nachgewiesener Epilepsie auch schwere, nicht monosymptomatische Fälle von Hysterie, insbesondere die mit ausgesprochenem Krampftypus, aus, ebenso Alkoholdeliranten, aber auch chronische Alkoholisten mit Neigung zu Halluzinationen aus. Auch Individuen mit ausgesprochen psychopathischer Veranlagung will er ohne weiteres ausgeschaltet wissen, wenn Neigung zu krankhaften Erregungen und Verstimmungen nachweisbar ist. Die Erreichung voller Garnisondienstfähigkeit hält er für zwiefelhaft bei den Fällen neurasthenischer Depression und Neurasthenie nach Hitzschlag, schwerem nervösen Chok nach Granatexplosion, für die er eine besondere Hartnäckigkeit und eine den anderweitigen schweren Unfallneurosen entsprechende Prognose in Anspruch nimmt. Gegenüber der großen Schar der Neurastheniker mit unbestimmter Färbung, die dem unerfreulichen Typ der traumatischen Neurose entsprächen, nur daß ihre Begehrungsvorstellungen auf Befreiung von der militärischen Dienstpflicht gerichtet seien, müsse man gegen den deutlich erkennbaren Widerstand der Kranken auf Wiederaufnahme des Dienstes dringen, freilich nur selten mit dauerndem Erfolg.

Die bisher geringe Kriegskriminalität hebt Leppmann hervor. Als kriminelle Typen, für die der Boden jetzt besonders günstig sei, nennt er die phantastisch gearteten Hochstapler. Als häufigere Delikte erwähnt er das Wegbleiben vom Dienst und den Widerstand gegen Vorgesetzte. Nach Mendel stellen die Alkoholisten das größte Kontingent zu den Soldaten, die mit der Disziplin in Konflikt geraten. Ihr hauptsächlichstes Vergehen sei Achtungsverletzung gegen die Vorgesetzten.

Schließlich seien noch ein paar Einzelbeobachtungen angeführt:

Debiler, der offenbar in ängstlicher Desorientierung auf seine Kameraden loszuschießen begann;

Paralytiker, der mehrfach dienstliche Befehle nicht befolgte und schließlich vor der Front seinen Truppenteil verließ;

Ein Soldat, der offenbar infolge eines Dämmerzustandes von der Truppe sich entfernte (Bonhöffer);

Halluzinant, der sich in suicidaler Absicht ins Gesicht schoß und wegen Selbstverstümmelung angeklagt war (Edel);

Psychopath, der bald nach der Einziehung von der Truppe fortlief,

nach verbüßter Strafe sich ins Wasser warf und bei der Aufnahme in die Klinik einen psychogenen Stupor bot;

Moralisch defekter und überdies alkoholisch degenerierter Imbeziller, der sich mitten aus der Trunkenheit heraus von der Truppe weg verlor, bis man seiner nach achttägigem Sumpfleben habhaft wurde (Specht);

Epileptiker, der im Anfall von seiner Truppe weglief und nach langen strapaziösen Wanderungen bei einer wildfremden anderen ankam;

Ein anderer, der in kurzdauernder Absence versuchte, den Schlafraum, in dem er mit zehn Kameraden lag, in Brand zu stecken;

Zwei Maniaci mit disziplinlosem Verhalten und Insubordinationen (Singer);

Sexuell Perverser, der sich nach vorausgegangenem Alkoholexzeß und großer Anstrengung verging (Leppmann);

Kriminell Degenerierter, der, als Freiwilliger eingetreten und bald als früherer Anstaltsinsasse erkannt, aus Ärger desertierte und mit seinem Feldgrau militärische Schwindeleien beging (Fuchs).

Ein kritischer Rückblick auf die Kriegsbeobachtungen ist vorläufig noch nicht angebracht. Wertvolle und neuartige Gesichtspunkte auf strittigen klinischen Gebieten (Schizophrenie, manisch-depressives Irresein usw.) haben sich bis jetzt noch nicht ergeben. Als wesentlich heben sich jedenfalls die Zustände nervöser Erschöpfung und die psychogenen Störungen heraus. Auf ihre erschöpfende symptomatologische Kennzeichnung, ihre scharfe Abgrenzung und Differenzierung und die klare Gruppierung ihrer Unterformen wird vorerst einmal das Hauptaugenmerk bei den weiteren Untersuchungen des Kriegsmaterials gerichtet sein müssen.

Literaturverzeichnis.

Awtokratow, Die Geisteskranken im russischen Heere im russisch-japanischen Kriege. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **64**.

Bauer, Verein f. Psychiatr. u. Neurol. in Wien. Sitzung vom 15. XII. 1914. Ref. im Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 5.

Bickel, Zur Pathogenese der im Kriege auftretenden psychischen Störungen. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 4.

Bielschowsky, Sehstörungen im Kriege ohne objektiven Augenbefund. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 52.

Birnbaum, Geistesstörungen im Kriege. Umschau 1914, Nr. 43.

Bonhöffer, Psychiatrie und Krieg. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 39.

— Psychiatrisches zum Kriege. Vortrag i. d. Kriegsärztl. Vereinigung Berlin am 20. X. 1914. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. **36**, H. 6. 1914.

— Fälle von sogenannten Granatexplosionslähmungen. Vortrag i. d. Berl. Ges. f. Psychiatrie u. Nervenkranhk. am 14. XII. 1914. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 2.

Bruns, Kriegsneurologische Beobachtungen und Betrachtungen. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 1.

Buschan, Geistesstörungen im Kriege. Med. Klin. 1914, Nr. 42.

Cohn, Toby, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.

Cramer, Berl. Ges. f. Psychiatr. u Nervenkrankh. Sitzung vom 14. XII. 1914. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 2.

Edel, Kriegsärztl. Abende Berlin vom 8. XII. 1914. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 1.
— Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Ehrmann, Notiz über die Herztätigkeit während des Granatfeuers. Zeitschr. f. physikal. u. diät. Ther. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 13.
Flesch, K. k. Gesellsch. d. Ärzte Wien, Sitzung vom 12. II. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 7.
Frank, Krieg und ärztliche Sachverständigentätigkeit. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 23.
Fuchs, Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 3.
Gerhardt, Über Herzstörungen im Kriege. Kriegsärztliche Abende in Lille. Sitzung vom 3. II. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915.
Grober, Die Krankheiten der Kreislauforgane und der Krieg. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 50.
Hahn Kriegspsychosen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzung vom 21. XII. 1914. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 8.
Henneberg, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Hoche, Krieg und Seelenleben. Freiburg i. B. 1915.
Hofbauer, Diskussion zum Vortrag Bauer.
Horstmann, Zur traumatischen Neurose. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 22.
Jakob, Diskussion zum Vortrag Gerhardt.
Jörger, Mobilmachung als krankheitsauslösendes Trauma bei Dementia praecox. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1914, Nr. 50.
Kafka, Schreckneurose. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzung vom 26. I. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 6.
Karplus, Erkrankungen nach Granatexplosionen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 6.
Katz, Nervöse Störungen bei Kindern. Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 47.
Krause, Fürsorge für psychisch Erkrankte im Felde. Vortr. a. d. internat. Kongreß z. Fürsorge f. Geisteskranke, Berlin 1910. Offizieller Bericht Halle 1911.
Krebs, Ohrbeschädigungen im Felde. Vortr. v. d. Ärzten d. Reservelazaretts Hildesheim am 8. XII. 1914. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 10.
Kümmel, zit. bei Krebs.
Leo, Diskussion zum Vortrag Gerhardt.
Leppmann, A., Psychiatrische und nervenärztliche Sachverständigentätigkeit im Kriege. Kriegsärztl. Abende Berlin am 26. I. 1915. Ref. Berliner. klin. Wochenschr. 1915, Nr. 6.
— F., Ärzte und Krieg. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 16.
— — Der Krieg und die ärztliche Sachverständigentätigkeit. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 19.
Lewandowsky, Kriegsnervenverletzungen. Ref. i. d. vereinigten Berl. ärztl. Gesellsch. am 9. XII. 1914. Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 51.
— Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Liepmann, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Löwenfeld, Über den französischen Nationalcharakter und seine Auswüchse im gegenwärtigen Kriege (Psychopathia gallica). Wiesbaden 1914.
Madelung, Kriegsärztliche Erfahrungen aus Frankreich und England. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 10 u. 11.
v. Maiendorf, Ärztl. Verein in Brünn, Sitzung vom 14. XII. 1914. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 3.
Mann, Einige psychische Erkrankungen während der Kriegsvorbereitung. Militärmedizin u. ärztl. Kriegswissenschaft. Vortr. a. d. 85. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte in Wien 1913. Wien u. Leipzig 1914.
— Über Polyneuritis als Begleiterscheinung nervöser Erschöpfungszustände im Kriege. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 5.
Mayer, Diskussion zu Maiendorf.

Mendel, Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 1.
Meyer, E., Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Vortr. im Verein f. wissensch. Heilkunde in Königsberg am 23. XI. 1914. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 51.
— Der Einfluß des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruchs auf schon bestehende Psychosen. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. 55, H. 2. 1915.
— Krankendemonstrationen. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 4.
Moll, Psychopathologische Erfahrungen auf dem westlichen Kriegsschauplatz. Kriegsärztl. Abende Berlin am 12. I. 1915. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 4.
Münzer, Die Psyche der Verwundeten. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 10.
Neisser, Wissenschaftl. Verein d. Ärzte zu Stettin, Sitzung vom 3. XI. 1914. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915.
Neumann, Psychologische Beobachtungen im Felde. Neurol. Centralbl. 1914.
Nonne, Ärztl. Verein in Hamburg, Sitzung vom 17. XI. 1914, 2. XII. 1914 u. 12. I. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 1.
Oppenheim, Zur Kriegsneurologie. Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 48.
— Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
— Diskussion zum Vortrag Lewandowsky.
Peritz, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Pförringer, Psychische Erkrankungen nach Typhus. Wissenschaftl. Abende im Kaiserl. Militärgenesungsheim Spaa am 21. XI. 1914.
Roth, Kriegsgefahr und Psyche. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 1.
Rothmann, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
— Diskussion zum Vortrag Lewandowsky.
Samuel, Wissenschaftl. Verein d. Ärzte zu Stettin, Sitzung vom 3. XI. 1914. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915.
von Sarbó, Über den sogenannten Nervenchok nach Granat- und Schrapnellexplosionen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 4.
Schlesinger, Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzung vom 22. X. 1914. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 47.
Schuster, Crampusneurose. Berliner Gesellsch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh., Sitzung vom 14. II. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 3.
— Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
— Diskussion zum Vortrag Lewandowsky.
Simon, Diskussion zum Vortrag Bonhöffer.
Singer, Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 8.
Specht, Psychopathologie der Fahnenflucht. Freie militärärztliche Vereinigung Erlangen, Sitzung vom 15. I. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 8.
Stelzner, Aktuelle Massensuggestionen. Archiv f. Psych. u Nervenkranhk. 55, H. 2. 1915.
Wagner v. Jauregg, K. k. Ges. d. Ärzte Wien, Sitzung vom 12. II. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 7.
Weygandt, Geistesstörungen im Kriege. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 43.
— Ärztl. Verein in Hamburg, Sitzung vom 17. XII. u. 2. XII. 1914. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 1.
Wollenberg, Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 44.
Zangger, Welche medizinischen Erfahrungen bei Katastrophen können im heutigen Kriege verwertet werden? Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1915, Nr. 6.



Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht
von
Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Zweite Zusammenstellung von Mitte März bis Mitte August 1915.[1])

Inhaltsübersicht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Einzelne zerstreute Bausteine zu einer noch zu schreibenden allgemeinen Psychologie und Psychopathologie des Krieges sind auch diesmal zu finden. Den für die Art des Verhaltens und Vorgehens im Felde grundlegenden Feindschaftsgefühlen im Kriege geht Schulz nach. Sie sind nach den Kriegsbeobachtungen schwankend und vielfach beeinflußbar, im wesent-

[1]) Vgl. diese Zeitschr. Ref. **11**, 321 ff. — Wiederholungen waren nicht ganz zu vermeiden. Soweit sie weitere Erfahrungen wiedergeben, rechtfertigen sie sich von selbst. Auf eine, wenn auch noch so kurze Charakteristik der Einzelfälle, selbst typischer, glaubte ich auch diesmal nicht verzichten zu sollen, nicht nur im Interesse der größeren Anschaulichkeit der allgemeinen Darstellung überhaupt, sondern vor allem zwecks Kennzeichnung der verschiedenartigen konkreten Einzelgestaltungen, die erst die richtige Anschauung von der Eigenart der Kriegserkrankungen geben.

lichen Gegensatz zu der Tiefgründigkeit und Unerschütterlichkeit der Freundschafts- und Kameradschaftsgefühle, für die auch der jetzige Krieg wieder zahlreiche eindrucksvolle Beispiele gab. Die Art, wie sich die Feinde innerlich gegenüberstehen, wechselt mit den Situationen. In kleinsten Verbänden, wo der Feind als Einzelwesen und Mensch sehr deutlich und die allgemein menschliche Gemeinbeziehung fühlbar wird, entwickeln sich dem Feinde gegenüber fast kameradschaftliche Gefühle, so daß beispielsweise Offiziere es peinlich empfanden, auf ahnungslose Patrouillen zu schießen. Ist der Feind dagegen nur als ein taktisches Sammelwesen sichtbar oder gar unsichtbar, dann verschwindet jede persönliche Beziehung, und es kommt zwar nicht zu einer feindlichen, aber doch zu einer neutralen Einstellung, bei der verschiedenartige Regungen (Freude an den eigenen Waffen, Wunsch, eigene Kraft und Mut zu zeigen, einen taktischen Vorteil zu erringen u. dgl.) den Hauptinhalt und die antreibende Kraft bilden. Feindschaftsgefühle werden im allgemeinen in ungünstigen Kriegssituationen, bei schwer niederdrückenden Kriegserlebnissen wach (am ausgesprochensten von Schulz bei einer mehrtägigen völligen Einschließung beobachtet), während sie in taktisch unentschiedener Lage ruhen. Beim Einzelvorgehen im feindlichen Gelände entwickelt sich durch stete Spannung und Erwartung eine durch eigenartige Beziehungsgefühle komplizierte einseitigste Einstellung auf den Feind, die auch den schneidigsten Patrouillenführer immer wieder wie gebannt durch ein zunächst unerklärliches Geräusch stehenbleiben läßt, ein Verhalten, das sich sogar vielen Pferden in gleicher Situation mitteilt.

Auch die Stimmung, die selbst wieder u. a. von Veranlagung und Bildung beeinflußt wird, bestimmt die Entstehung von Feindschaftsgefühlen. Insofern ist der leicht Hypomanische wohl der beste Soldat, weil ein im Ernstfall von leidenschaftlichen Feindschaftsgefühlen erfüllter Kämpfer. Die durch die höhere Bildung stärker entwickelte Kritik macht den Offizier in der überwiegenden Mehrzahl neutral, während bei Ungebildeten durch verhetzende Gerüchte u. dgl. ganze Epidemien heftiger Feindschaftsgefühle entstehen können. Vereinzelt traten auch Individuen mit triebartigen Feindschaftsgefühlen hervor, vielfach — besonders wegen Brutalitätsdelikten — vorbestrafte Leute, denen die zerstörende Tendenz des Krieges innerlich zusagte.

Ganz allgemein bietet nach Schulz der Krieg durch den Ausgleich so vieler sozialer Differenzen, das Herausgehobensein aus so vielem Kleinlichen, die persönliche Anteilnahme an der denkbar größten Aufgabe usw. geringeren Anlaß zur Entwicklung von Feindschaftsgefühlen als der Frieden, eine Feststellung, die mir interessant erscheint im Hinblick auf die Fülle von unbedeutenden und zufälligen Einflüssen, die während des Krieges die Zivilbevölkerung in ganz unübersehbarem und wechselndem Zusammenwirken in ihren Gefühlen gegenüber dem Feinde bestimmen.

Bemerkenswert ist übrigens in diesem Zusammenhang die Einzelbeobachtung von Binswanger, wie ein einfacher Soldat, eine Kriegshysterie, in seinen Traumgesprächen dem natürlichen Mitgefühl mit dem Feinde Ausdruck gab. In der Bewußtseinstrübung der Narkose äußerte er unter

Weinen: „Siehst du dort den Engländer? Hat der Eltern? Hat der eine Frau? Ich schieße ihn nicht tot — — —"

Ein psychologisch wie psychopathologisch gleich wichtiges Problem: das der Feigheit vor dem Feinde, wird von Hübner im Vorübergehen gestreift, anläßlich der Begutachtung eines Psychopathen, der unter dem Einfluß des Granatfeuers aus dem Schützengraben ängstlich erregt und zitternd nach hinten zu den Artilleriestellungen gelaufen war. Diese pathologische Feigheit verdient meines Erachtens besondere psychiatrische Beachtung, wenn man bedenkt, welche Rolle bei Nervösen wie Psychopathen gerade gewisse, ein anscheinend feiges Verhalten mit Naturnotwendigkeit nach sich ziehende abnorme Einzelzüge spielen, so die Neigung zu Angst-, Depressions- und Zwangssymptomen, die Impulsivität, die hemmungslose Reaktion auf Unlustreize, die Tendenz, sich triebartig dysphorischen Situationen zu entziehen usw. Aus naheliegenden Gründen wird man freilich im allgemeinen wenig von solchen pathologischen Innenerlebnissen erfahren, wie sie beispielsweise Schumkow aus dem Russisch-Japanischen Feldzug mitgeteilt hat[1]).

[1]) Im Hinblick auf die etwas versteckte Stelle der Veröffentlichung (Schumkow, „Über Kriegsneurosen", Russ. med. Rundschau 1907, deutsch) glaube ich diese mit ungewöhnlicher Offenheit gegebene ungemein charakteristische Selbstschilderung eines schwer belasteten psychopathischen Arztes hier nicht übergehen zu dürfen. Er erzählt, wie ihn im Kampfe, als die Granaten über das gerade aufgeschlagene Lazarett flogen und in der Nähe zu platzen begannen, ein Zittern und Zähneklappern befiel, wie ihm schwarz vor den Augen wurde und er nur noch den einzigen Gedanken in seinem Bewußtsein hatte: „Fort, fort, so schnell wie möglich!" — „Ich kletterte auf irgendeinen Wagen, und ungeachtet aller Einreden schrie ich dem Kutscher zu, er solle fortfahren, so schnell wie möglich. Ich hatte die Vorstellung, daß es sehr unpassend sei, aber ich konnte mir nicht anders helfen. Unterwegs schlug ich den Kutscher, schimpfte und trieb ihn an, schneller zu fahren. Dieser aufgeregte Zustand dauerte mehrere Stunden, dann wurde ich so schwach, daß ich mich niederlegen mußte. Drei Tage konnte ich nicht aufstehen, hatte fünf bis sechs Tage Diarrhöe, schlief nicht, aß nicht. Jedes Geräusch machte mich erzittern." — „Seit der Zeit aber blieb ich furchtsam und mißtrauisch gegen alles. Jeden Abend fragte ich den Kommandeur, ob auch Wachtposten aufgestellt wären. Ich fürchtete immer einen plötzlichen Überfall der Japaner." — „Es war ja nicht passend von mir, und ich durfte meine Furcht nicht so zeigen, aber eine unwiderstehliche Gewalt trieb mich dazu. Dann bin ich selbst gegangen, um mich zu überzeugen, ob es nicht einmal vergessen worden sei. Beim Schlafen dachte ich nur an irgendeine Gefahr und kleidete mich nie aus, selten daß ich die Stiefel auszog. Am 28. in der Nacht Panik. Eines unserer Regimenter kam in die Nähe eines Biwaks, wurde nicht gleich erkannt, und der Posten schoß. Wie mir wurde, erinnere ich mich nicht. Später sagte man mir, daß ich auf einen Fourgon geklettert wäre mit Geschrei: ‚Rette sich, wer kann!' Mein Bursche fand mich dort halb bewußtlos mit klappernden Zähnen und starkem Frostgefühl im ganzen Körper. Erst nach vier Tagen fühlte ich mich wieder besser." — Später, gelegentlich einer Kanonade: „Wir waren außerhalb der Feuersphäre, aber trotzdem kam ich in einen aufgeregt nervösen Zustand, aß nichts, trank nichts, konnte nicht schlafen eine ganze Woche hindurch." — „Unterwegs eines Nachts wieder eine fürchterliche Aufregung. Der Posten hatte im Felde sich etwas bewegen gesehen, glaubte, es seien Japaner und schoß. Ich fing an zu zittern und, wie man mir sagte, lief ich zum Wagen, steckte meinen Kopf in den Wagen hinein, der Körper blieb draußen, und stand so halb besinnungslos vor Angst und Schrecken. Ich konnte nicht anders." — Er wurde übrigens dann zurückgeschickt in ein Hospital im Rücken der Armee, arbeitete dort gewissenhaft und war „völlig normal".

Stransky weist im übrigen darauf hin, daß gerade der Krieg den rein zwangsmäßigen Charakter mancher Minderbeherztheit enthülle und sich manche Feigheit als eine partielle, lokalisierte, phobiegeborene erweise, die sich nur auf die dem Inhalt ihrer Zwangsbefürchtung adäquaten Situationen erstrecke. Hübner hebt mit Recht die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen normaler und pathologischer Feigheit hervor. Er sieht die Kriterien für letztere in der Gesamtpersönlichkeit und dem auffallend raschen Zurücktreten der neurasthenischen Erscheinungen. Ein auffallend langes Verharren der nervösen Affektphänomene dürfte meines Erachtens auch im gleichen Sinne verwertbar sein.

Daß umgekehrt auch der Mut im Kriege verschieden — und z. T. pathologisch — bedingt sein kann, wird von Stransky betont, der den aus ethisch motivierten Überlegungen hervorgegangenen Mut dem durch Fehlen oder Fortfall der höheren geistigen und gemütlichen Hemmungen sich ergebenden des seelisch Minderwertigen gegenüberstellt. Es sei auch noch daran erinnert, daß man im Russisch-Japanischen Feldzug häufig Erscheinungen von „pathologischer Tapferkeit" beobachtet haben wollte, wobei sonst nicht gerade Beherzte direkt gefährliche Stellen aufsuchten. (Wladyczko.) Nach Stransky kann übrigens eine überstarke seelische Energie im Felde eine Deckerscheinung für das im Grunde der Seele gegebene Gegenteil sein.

Im Gegensatz zu vielen anderen Beobachtern wird noch von Stransky auf den auffälligen Gleichmut, das Stimmungsgleichgewicht, bei vielen verwundet oder krank von der Front Kommenden hingewiesen, worin er — ähnlich wie in dem weitgehenden Nachlassen des Selbsterhaltungstriebes im Felde — eine seelische Anpassungserscheinung sieht und für deren Erklärung er beide Male die bekannte, schon im ersten Bericht erwähnte affektbedingte Apathie mit heranzieht. Bemerkenswert ist auch die (von Stransky zitierte) aus Berichten von Sommer u. a. hervorgehende Einengung des Bewußtseins beim Sturmangriff, das nach den Schilderuugen der Mitkämpfer nur von der einen gefühlsmächtigen Vorstellung: Vorwärts! ausgefüllt sein soll.

Von besonderem klinischen Interesse sind schließlich — wegen der naheliegenden Analogien mit entsprechend verursachten Krankheitszuständen — die durchschnittlichen seelischen Wirkungen psychischer Erschütterungen einerseits und körperlicher Überanstrengungen andererseits.

Über die psychisch-nervösen Wirkungen des Artilleriefeuers berichtet Löwy, wobei er zugleich auf den Unterschied in der Affektlage hinweist, je nachdem man sich kämpfend in eigener Tat fühlt oder wehrlos dem feindlichen Feuer standzuhalten hat. Rein äußerlich hat er einen besonderen, nach einigen Tagen sich wieder verlierenden Gesichtsausdruck bei den lange dem Artilleriefeuer Ausgesetzten beobachtet, der düster gespannt, manchmal etwas weltschmerzlich-ironisch sein und dem der Paranoiker ähneln soll. — Sollte hier nicht die Analogie mit dem eigentümlichen ängstlich-starren und gespannten Gesichtsausdruck naheliegen, der so oft ohne weiteres den aus Untersuchungshaft Kommenden verrät? — Die Diarrhöen häuften

sich nach Löwy ein wenig im Granatfeuer. Einzelne, auch sonst sehr Tapfere, klagten über Magendrücken und Übelkeit. (Es bestand allerdings gleichzeitig Dysenterie.) An sich beobachtete Löwy neben Magendruck zusammenziehenden üblen und bitteren Geschmack im Munde, der mit Nachlassen des Feuers wich, und, nach einigen Monaten Front, akustische Überempfindlichkeit gegen Kanonendonner mit ähnlichen Sensationen im Magen. Als sichere Beobachtungen bei Mannschaften nach schwerer Beschießung stellt Löwy gehäufte Klagen über Parästhesien und Schwächegefühl in den Beinen hin — wohl analog dem Tonusverlust der Muskulatur bei Angstzuständen —, Erscheinungen, die sich bei einzelnen bis zu tage- und wochenlanger Dauer auch außerhalb des Feuerbereichs fixierten. Bei einigen lag gleichzeitig hysteriforme Analgesie in den Extremitäten, einmal auch höchstgradige konzentrische Gesichtsfeldeinengung vor. In einzelnen Fällen bestanden im Felde und noch gehäufter nach Verlassen des Gefechtsraumes hypochondrische Klagen. — Aus der ganzen Schilderung Löwys sieht man so recht, wie fließend der Übergang von den physiologischen Schreck- und Angstfolgen zu den psychogenen Schreckneurosen ist und wie treffend für einen großen Teil solcher Fälle ihre Bonhöffersche Charakterisierung als Affektfixierungen.

Diesen Erfahrungen einer unverkennbaren episodischen psychischen Gleichgewichtsstörung im Felde unter dem Einflusse starker Affektreize entspricht auch die von Redlich angeführte Mitteilung von Offizieren, wonach in der ersten Kriegszeit ganze Kompagnien, die längere Zeit dem Schrapnellregen ausgesetzt waren, von nervösen Zuständen, Weinkrämpfen, Erbrechen usw. befallen wurden, um nach der Ablösung sich bald wieder zu erholen.

Daß Stransky bei der „Feuertaufe“ an sich die Erscheinungen der psychischen Anästhesie im Sinne von Bälz, Stierlin usw. beobachten konnte, sei nebenbei noch erwähnt[1]).

---

[1]) Im Hinblick auf die Seltenheit von Selbstbeobachtungen über diese psychogene Emotionslähmung sei hier, wiewohl einer Tageszeitung entstammend, ein Stück aus der Schilderung eines englischen Fliegers von seinen Gefühlen während eines rasenden Sturzes mit dem Flugzeug im Kriege wiedergegeben. Er sagt u. a.: „Was nun geschah, weiß ich nicht, aber bald fühlte ich die furchtbare Wirkung eines Herabfallens in rasendem Tempo. Ich fühlte, daß mein Riemen sich fester anzog, und daß ich mit dem Kopf nach unten hing. Ich versuchte mich aufzurichten, und es mißlang. Ich versuchte es nochmals mit aller Kraft. Da fing ich an zu begreifen, daß es nun mit mir vorüber wäre, und durchlebte eine wahre Todesangst. Aber plötzlich und ganz unerwartet verschwand dies Gefühl. Ich hatte nun alles vergebens versucht und wußte dies. Jetzt trat eine herrliche Ruhe an Stelle der Angst, und inzwischen fiel ich, wie ich annehmen muß, mit einer annähernden Geschwindigkeit von 200 Meilen in der Stunde. Ich war ganz glücklich und ganz frei von Angst. Ich fühlte nichts.“ Er schildert dann weiter, wie er automatisch den Kontrollapparat bewegte und nun die Maschine sich aufrichtete, wie er von Zeit zu Zeit ein eigentümlich schnappendes Geräusch in den Ohren spürte, wie er wahrnahm, daß er seine eigene Maschine nicht hören konnte, und daß er taub war, und wie diese Taubheit — augenscheinlich die Folge der plötzlichen atmosphärischen Veränderung — das Gefühl der Lähmung verstärkte, das ihn überfiel, als er sich in Sicherheit wußte. Sodann setzte aber eine ausgelassene Stimmung als Reaktion ein.

Schließlich mag noch, wiewohl nicht ganz in diesen Zusammenhang gehörend, auf die Donathsche Angabe hingewiesen werden, wonach durch Granatexplosionen, Verschüttungen oder den Schädel treffende Schrapnellschüsse Verletzte aussagen, daß sie nur das Zischen oder Sausen des Geschosses gehört oder leicht gefühlt, daß etwas auf sie falle, und dann nichts mehr gewußt hätten. Eine Schmerzempfindung wurde ihnen also nicht mehr zugeleitet, woraus Donath schließt, daß die Geschwindigkeit der dem Gehirn mitgeteilten Erschütterung viel größer sei als die Empfindungs- und Schmerzleitung.

Bezüglich der natürlichen Wirkungen extremer Ermüdung erwähnt Weygandt, daß erheblicher Schlafmangel auch bei psychisch Rüstigen gelegentlich nicht nur in Ruhestellung, sondern auch auf Märschen, beim Reiten usw. Somnolenz hervorrufe, so daß tatsächlich Schlaf in voller Bewegung eintrete, daß aber auch, ohne daß es zum Schlaf komme, extreme Ermüdung vielfach Gelegenheit zu lebhaften hypnagogen Illusionen, sog. Schlummerbildern mit illusionärer Verzerrung und Veränderung der Wahrnehmungen biete.

In theoretischer Hinsicht führt Jakobi die hochgradige Ermüdung vor allem auf eine Störung der Zirkulation — Verminderung der Blutversorgung des nervösen Zentralapparates — zurück und glaubt auch das in Umfang und Dauer ungewöhnliche Maß von Leistungsfähigkeit im Felde aus solchen Wirkungen der psychischen Erregungen auf das Gefäßsystem erklären zu können, eine Auffassung, die also den Chemismus des Stoffwechsels für die Ermüdungsfrage ganz außer acht läßt.

In praktischer Beziehung erscheint die Angabe Riebeths bedeutungsvoll, wonach die in die Lazarette kommenden Militärtransporte immer das gleiche durch die nervöse Erschöpfung gegebene Bild böten: gleichgültiges Verhalten mit großem Ruhe- und Schlafbedürfnis, unwirsches, ablehnendes Wesen mit Klagen über Abgeschlagenheit und großes Müdigkeitsgefühl usw. Erscheinungen, die m. E. sehr wohl bei den in der normalen Breite liegenden Phänomenen angeführt werden dürfen, da sie nach Riebeth nach langem Schlaf und reichlicher Nahrungsaufnahme schon in wenigen Tagen völlig zurückgehen.

Von Stransky wird schließlich noch darauf hingewiesen, daß mit dem Beginn des Ausspannens ein jäh anschwellendes Krankheitsgefühl, ein rapides Sinken des seelischen Turgors, ein energieloses Sichgehenlassen, ein nostalgisches Sehnen nach der Heimat auftreten könne, gleichsam als Reaktion auf die lange erzwungene heroische Zurückdrängung der natürlichen Regungen der Ermüdung und des Krankheitsgefühls.

Über das Sexualleben im Felde finden sich einige psychologisch interessante Feststellungen. Touton führt — allerdings wohl im wesentlichen auf Grund der Literatur und der nicht so ohne weiteres zum jetzigen Krieg in Parallele zu setzenden Erfahrungen früherer Feldzüge — an, daß der Krieg in seinen verschiedenen Phasen einen weitgehenden Einfluß auf den Sexualtrieb und seine Betätigung sowohl in hemmendem wie anregendem Sinne ausübe, und daß er bei manchen Gelegenheiten zu einer pathologischen Steigerung, ja zu einer Hervorkehrung perverser sexueller Neigungen und

Handlungen Anlaß geben könne. Im allgemeinen biete das Stadium der großen Märsche und Schlachten ebenso wie der entnervende Stellungskampf wenig Anregung und meist gar keine Möglichkeit zur Geschlechtsbetätigung, dagegen sei schon bei Belagerungen, am meisten aber nach der Besetzung besonders großer Städte, sowohl reichliche Gelegenheit als auch Anregung dazu vorhanden, und die ganze Verfassung der Psyche des Kriegers dränge dazu. Vorausgegangene ungeheure Anstrengungen vermöchten oft diesen Drang nicht zurückzuhalten, es habe sogar die Geschichte gelehrt, daß oft gerade nach solchen, wohl infolge einer Art reizbaren Schwäche, die Soldaten sinnlos ohne Überlegung sich mit geradezu gebieterischer oder unstillbarer Neigung auf die oft durchweg kranken Weiber stürzten. Dazu komme noch die intime Beziehung zwischen Grausamkeit und Wollust.

Von Spezialerfahrungen aus dem jetzigen Feldzug sei erwähnt, daß nach Löwy zur Zeit der schweren Strapazen nach vielen übereinstimmenden Angaben bei seiner Truppe sowohl die Morgenerektionen wie auch jede Libido gänzlich fehlte. Sicher auf sexuelle Abstinenz zurückführende Störungen sah der gleiche Autor nicht. Burchard meint, daß die zu dem Sexualleben in Beziehung stehenden seelischen Störungen durch den Krieg wesentlich beeinflußt würden, und daß sich sowohl die im Gefolge von Menstruation, Klimakterium, Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation auftretenden dysthymischen Zustände bei Frauen wie die psychischen Störungen des Klimakterium virile gegenüber dem Frieden vermehrt hätten, ohne daß übrigens vorwiegend Frauen von Kriegsteilnehmern oder direkt am Kriege beteiligte Männer hierbei betroffen wurden. Die sexuellen Neurosen und Potenzstörungen schienen in einer umfangreichen Gruppe durch die machtvolle Sublimierung im Kriege günstig beeinflußt zu werden. Im übrigen glaubt Burchard, daß bei Kriegsehen im allgemeinen die Liebesehen überwögen.

Bei den Homosexuellen und Bisexuellen glaubte Burchard eine den Durchschnitt übersteigende Kriegsbegeisterung feststellen zu können, für die er u. a. in der geschlechtlichen Besonderheit begründete Motive annimmt, so z. B. die Aussicht, längere Zeit in einem männlichen Milieu leben zu können. Daneben zieht er aber auch eine „natürliche Kriegslust", einen Hang zu abenteuerreicher unsteter Lebensführung mit heran. Die Erfahrungen über das Verhalten der homosexuellen Kriegsteilnehmer bezüglich Ausdauer und Leistungen waren nach Burchard recht gute und sprechen für ihre Kriegstüchtigkeit, die „nicht nur auf äußerlichen und oberflächlichen, sondern tiefen und innersten psychologischen Motiven beruht". Weibliche Homosexuelle betätigten sich in gleicher Erwartung entsprechenderweise im Sanitätsdienst. Homosexuelle Liebesbeziehungen kamen auch für Spionage in einigen Fällen in Betracht, ebenso wie umgekehrt Fälle von Spionageverdacht sich als versteckte homosexuelle Beziehungen aufklärten. Ähnlich verhält es sich nach Burchard mit dem Transvestitismus. Weibliche Transvestiten sollen übrigens früher im Kriege nicht selten gewesen sein.

Einige im gleichen Zeitraum erschienene, aber bereits über unser Gebiet hinausführende umfassende militär-psychiatrische und -kriminolo-

gische Arbeiten mögen noch kurz Erwähnung finden. Weierts „Militärpsychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen" verwerten ausführlich das Jahresmaterial der psychiatrischen Beobachtungsstation am Posener Lazarett. Consiglios „Studien über Militärpsychiatrie und Kriminologie" geben einen Beitrag zur sozialen Medizin im Heere. Sie enthalten auch ein weniges an Kriegserfahrungen aus dem Tripolisfeldzug, beziehen sich im übrigen nur auf italienische Heeresverhältnisse und weisen mancherlei Auffassungen von der Art auf, wie wir sie von sonstigen italienischen Arbeiten auf anthropologisch-psychiatrischem Gebiete her kennen. — Weygandts „Kriegseinflüsse und Psychiatrie" enthalten neben noch zu Erwähnendem zahlreiche wertvolle Einzelangaben aus anderen Feldzügen, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

Freuds gleichfalls den Rahmen dieses Berichts überschreitende Aphorismen: „Zeitgemäßes über Krieg und Tod" (Die Enttäuschung des Krieges. — Unser Verhältnis zum Tode) dringen in die Tiefe.

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Die Anschauungen über die verhältnismäßig geringe Zahl der nervösen und psychischen Störungen im gegenwärtigen Feldzug sind im großen ganzen durch die weiteren Kriegserfahrungen bisher bestätigt worden. Alt berechnet die Zahl der Psychosen auf Grund einer Rundfrage in 9 Provinzen und mehreren Universitätskliniken auf höchstens 1°/₀₀, Röper fand unter durchschnittlich 2000 Armeekranken des Marinelazaretts Hamburg mit außerordentlich zahlreichen peripheren und zentralen Nervenverletzungen fast gar keine Psychosen und eine verhältnismäßig kleine Anzahl von funktionellen Neurosen. Dementsprechend kommt Weygandt, der übrigens auch die vorwiegende Leichtigkeit der Krankheitserscheinungen und die vorwiegend günstige Prognose bei diesen Kriegserkrankungen hervorhebt, zu dem Gesamtschluß, daß die Gesamtzahl der Fälle entschieden geringer sei, als auf Grund früherer Erfahrungen anzunehmen war.

Über das Vorkommen der einzelnen Krankheitsgruppen und ihr zahlenmäßiges Verhältnis zueinander finden sich diesmal meist nur allgemeinere Angaben. Riebeth betont das starke Überwiegen neurasthenischer und psychogen-hysterischer Fälle gegenüber den Psychosen, Westphal ebenso die seltenere Zahl der in die Klinik zur Beobachtung gelangten Psychosen im Verhältnis zu den Neurosen und Grenzfällen. Weygandt hebt speziell für die Hysteriefälle hervor, daß sie im Verhältnis zu dem riesigen Aufgebot an Truppen doch recht gering waren, ähnliches meint auch Goldscheider für die Neurasthenien, und Nonne fand unter 326 am Nervensystem erkrankten Kriegsverwundeten nur 65 Fälle funktioneller Erkrankungen, so daß er wenigstens für die Neurosen nach Traumen erklären muß, daß sie keineswegs häufig, ja sogar verhältnismäßig selten sind.

Die Ursachen für diese nun schon nicht mehr überraschenden Erfahrungen werden wiederum vorwiegend in endogenen Faktoren gesucht, in der besonderen Nervenkraft und nervösen Leistungsfähigkeit, die größer sei als die unserer Gegner (Stransky), die sich in ihren Leistungen allen bisherigen Leistungen in der Geschichte ebenbürtig zur Seite stelle

(Redlich), und die insbesondere in der enormen Anpassungsfähigkeit an die gestellten Anforderungen und Strapazen sowie in der schnellen Erholungsfähigkeit der Erschöpften zum Ausdruck komme. (Redlich.) Stransky weist in diesem Zusammenhang speziell auf Rassendifferenzen hin, die eminent psychopathische Veranlagung der Russen und Romanen, womit vielleicht auch die von Weygandt mitgeteilte Erfahrung eines sachverständigen Beobachters in Verbindung gebracht werden könnte, daß hysterische Erkrankungen bei den belgischen Feldzugsteilnehmern relativ häufiger waren als bei den deutschen. Nonne hält Faktoren mehr kultureller Art für die Ursachen dieser hohen Resistenz des Nervensystems unserer Truppen: den allgemeinen hohen Standpunkt der Erziehung in Haus und Schule, die Ernährung und die, verglichen mit anderen europäischen Nationen, verhältnismäßige Seltenheit von Tuberkulose und Lues.

Werden so im allgemeinen, und wohl mit Recht, die inneren, in der Person selbst gelegenen krankheitshindernden und -hemmenden Kräfte in den Vordergrund und den äußeren krankmachenden Schädlichkeiten des Feldzugs gegenübergestellt, so weiß Goldscheider auch äußere Einflüsse des Feldes und Krieges anzuführen, die — nicht zum wenigsten auch in psychisch-nervöser Beziehung — günstig auf den Gesundheitszustand des Heeres wirken und gewirkt haben. Er hebt speziell den günstigen Gesundheitszustand unserer Truppen im Winterfeldzug hervor, der auch bei solchen Feldzugsteilnehmern sich geltend machte, die zu dessen Beginn an nervösen Beschwerden gelitten hatten. Unter den an dieser Stelle interessierenden Ursachen führt er zunächst einmal den Wegfall gewisser körperlich und seelisch wirkenden Kulturschädlichkeiten an, des überstarken Alkoholgenusses, der übermäßigen geistigen Anstrengungen, der Berufs- und sonstigen Aufregungen und all der anderen Noxen eines gesteigerten Kampfes ums Dasein, sodann den Einfluß des äußeren Zwanges, der Ausschaltung des äußeren Komforts und der Erhöhung der Anforderungen, welche abhärtend wirkten und Widerstandskraft und Anpassungsfähigkeit steigerten, des weiteren den großen Einfluß, den das Psychische im Felde auf den Körper und die Äußerungen der Willenskraft ausübt, indem es von subjektiven Beschwerden ablenkt und die Krankheitsgefühle durch mächtige Gefühlsmomente überlagert, durch ebensolche Gefühlskräfte den Willen erhöht und durch gesteigerte Willenskraft Unlustempfindungen überwindet und die Intakthaltung des Lebensgefühls erzwingt u. ä. m. Und so kommt denn Goldscheider zu dem Schlusse: „Die Nerven unserer Krieger haben sich unbedingt sehr gut bewährt, und der günstige Einfluß des Feldlebens auf dieselben ist im allgemeinen unverkennbar.“

Die allgemein anerkannte vorübergehende Steigerung der Anstaltsaufnahmen bei Beginn des Krieges, die übrigens wiederum von Alt bestätigt wird, hielt sich nach Cimbal im Bereich des IX. Korps in außerordentlich geringen Grenzen, und betraf zudem durchweg Geisteskrankheiten, die schon lange vor der Mobilmachung bestanden hatten. Des weiteren sank dann die Aufnahmeziffer schnell zur Norm und weit darunter, eine Erscheinung, die, wie Alt durch Rundfrage feststellen konnte, nahezu überall in Preußen sich wiederholte.

Was den seelischen Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung angeht, so betont Redlich auch deren Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit. Sie hätte die schweren psychischen Erschütterungen, die der Krieg auch ihnen gebracht hätte, eigentlich besser ertragen, als zu erwarten stand. Das gelte selbst von den Flüchtlingen, die oft unter recht dürftigen, für sie ganz ungewohnten Verhältnissen zu leben gezwungen waren. Ausnahmen betrafen speziell Disponierte. Dem entspricht es auch, daß Kafka in der weiblichen Aufnahme der Irrenanstalt Friedrichsberg keinen Einfluß des Krieges auf die Psychosen der Zivilbevölkerung sah, und daß nach Weygandt die ausgesprochenen Psychosen in der Zivilbevölkerung durch den Krieg sich nicht vermehrt hatten (freilich auch keine solche Verminderung erfuhren wie die inneren Fälle in den Krankenhäusern). Die verschiedenen nervösen Formen erschienen nach dem gleichen Autor zurückgegangen. Einzelne Autoren (z. B. Sänger) heben direkt den günstigen Einfluß des Krieges auf die nervöse, speziell weibliche Zivilbevölkerung hervor.

Von Interesse sind in diesem Zusammenhange auch gewisse statistische Feststellungen über die Volksgesundheit während der Kriegszeit. Gottstein fand im ersten Kriegshalbjahr für Berlin und Umgebung mit Ausnahme einer in mäßigen Grenzen sich haltenden Zunahme des Alterstodes keine Erscheinung, die für eine Schädigung der Volksgesundheit spräche, dagegen eine erfreuliche Abnahme des Selbstmordes auch bei Frauen. Ähnlich konnte Nocht hinsichtlich des Einflusses des Krieges auf die Mortalität der Hamburger Zivilbevölkerung feststellen, daß der Tod aus widernatürlichen Ursachen — speziell also Selbstmord, daneben aber auch Betriebsunfälle — seltener geworden sei. Der durch Arteriosklerose und Apoplexie hatte dagegen zugenommen.

Von Fällen, in denen es unter dem Einflusse des Krieges zu psychischen Erkrankungen bei der Zivilbevölkerung kam, ist ebenso wie früher noch verschiedentlich die Rede. Sie mögen gleich hier im Zusammenhang erledigt werden.

Nach Donath handelt es sich dabei um meist den gebildeten Ständen angehörende Individuen, die, durch Neurasthenie oder sonstige Nervenleiden (Hemikranie, Basedow usw.) in ihrer Widerstandskraft geschwächt, von Angst vor einer möglichen Invasion und ihren Folgen beherrscht wurden. Auch Angstzustände mit Erregung, Unruhe, Depression, weinerlicher Stimmung, Arbeitsunlust, Schlaflosigkeit usw. kamen vor, deren Besonderheit nur durch den Anlaß und den Kriegsinhalt des Vorstellungskreises gegeben war. Ähnlich hebt Sänger Schreckneurosen und Angstzustände bei Kaufleuten hervor, die durch den Krieg große Verluste befürchteten. Im übrigen zeigten die Sängerschen Fälle die verschiedensten Krankheitsformen: zwei Manien, von denen die eine einen bis dahin niemals kranken jung verheirateten Kaufmann nach der Kriegserklärung befiel; eine psychopathisch veranlagte Patientin, die aus Angst vor einer russischen Invasion zum Selbstmord schritt; ein junger Beamter, der als Monist gegen den Krieg war und sich aufzuhängen versuchte, als er sich stellen sollte —, nachher bestand völlige Amnesie für die Tat und ihr Motiv; ein 34jähriger Geschäftsführer, der verstimmt und teilnahmslos wurde, weil er nicht ein-

berufen wurde, und bei dem eine vorher nicht beachtete Paralyse nachgewiesen wurde.

Bei Redlichs Fällen, die zum Teil auch Flüchtlinge betrafen, handelte es sich um Disponierte, die teils ähnliche Symptome wie früher, teils Exacerbationen ihrer ständigen Beschwerden darboten. Vor allem waren es Depressionszustände, Angstzustände, Melancholien, speziell periodische Depressionszustände resp. manisch-depressive. Von Einzelfällen führt Redlich an: 35jährige Frau, hereditär nicht belastet, die vor der Russeninvasion flüchtete, bekam einen schweren Verstimmungszustand mit schwerstem Pessimismus, der nachher mehr einer Apathie mit Klagen über psychische Anästhesie Platz machte. Dabei bestanden Angstzustände und Taedium vitae. Vor 10 Jahren hatte sie einen ausgesprochen melancholischen Zustand im Anschluß an ein Puerperium. — Ähnlich eine 48jährige Frau mit schwerem Verstimmungszustand, die durch den Krieg allerdings nicht direkt betroffen war. Vor 19 Jahren litt sie ohne bekannten Anlaß an einer 4monatigen Angstpsychose. — 55jähriger Advokat, gleichfalls vor den Russen geflüchtet, mit schwerem Depressionszustand und schwersten Zukunftssorgen. Vor 6 Jahren im Anschluß an eine Scheidungsaffäre ähnlicher Zustand. — Architekt, Neurastheniker und an periodischen Verstimmungszuständen leidend, bot seit Ausbruch des Krieges erneute, der früheren entsprechende Depression mit vorherrschender Zukunftssorge. — 49jährige, erblich nicht belastete, aber etwas nervöse Frau litt seit Ausbruch des Krieges an einem Verstimmungszustand mit Angst, Pessimismus und Taedium vitae, der nach relativ kurzer Zeit wieder heilte. Redlich denkt in diesem Fall an die erste Attacke einer periodischen Psychose bei der im Klimakterium stehenden Person.

Außerdem sah Redlich ausgesprochen hysterische Bilder, Zustände schwerster Nervosität, Agoraphobie und anderes bei mehreren Frauen, speziell Flüchtlingen, und zwar meist schon vorher nervös gewesenen Personen. Redlich erwähnt übrigens auch — im Gegensatz zu manchen Erfahrungen anderer —, daß die Nervösen auch während des Krieges im großen ganzen in ihrer egozentrischen Lebensauffassung verharrten und mit ihren alltäglichen Klagen und Beschwerden in die Sprechstunde kamen.

Wenn auch gegenüber der Annahme eines kausalen Zusammenhanges mit den Kriegserregungen bei allen diesen zur Kriegszeit aufgetretenen Zivilbevölkerungspsychosen einige Zurückhaltung angebracht ist, so dürfte meines Erachtens doch das unverkennbare Hervortreten pathologischer Angst- und Depressionserscheinungen nicht auf bloße Zufälligkeiten zurückzuführen sein. Bemerken will ich nur noch, daß im ersten Bericht hysteriforme Verwirrtheits- und Erregungszustände anscheinend stärker betont wurden als diese Verstimmungszustände.

Schließlich gehört in diesen Zusammenhang auch die Beobachtung Strassmanns, wonach ein von einem russischen Soldaten vergewaltigtes Mädchen in der Schwangerschaft von einer schweren Depression mit Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit, Todesgedanken und quälenden Vorstellungen bezüglich des zu erwartenden Kindes befallen wurde. Es handelte

sich um eine Person, die wiederholt mehr oder weniger schwere Kopfverletzungen erlitten hatte, an Kopfschmerzen litt und ein erregbares Wesen gezeigt hatte.

Die einzelnen Krankheitsformen.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände.

Die einwandfreie Zusammenstellung der Beobachtungen über neurasthenische Störungen im Felde wird auch diesmals wieder durch die vielfach nicht durchgeführte, z. T. allerdings wohl auch wegen der engen Verquickung gar nicht durchführbare scharfe Scheidung von erworbenen und konstitutionellen nervösen Erscheinungen beeinträchtigt.

Bezüglich des Vorkommens und der Häufigkeit dieser Erkrankungen ist die Angabe Riebeths erwähnenswert, daß bei 2526 in einem Vereinslazarett verpflegten Soldaten die neurasthenischen Störungen neben den hysterischen bzw. psychogenen weitaus am häufigsten waren, und daß die Neurasthenie zwar in allen Bevölkerungsschichten, auch der ländlichen, zu finden, aber in weit größerem Umfange bei den den gebildeten Kreisen und der Arbeiterbevölkerung der Großstadt angehörenden Soldaten anzutreffen sei. Daß es sich bei diesen neurasthenischen Kriegserkrankungen meist um disponierte oder schon vorher nervöse Individuen handelt, wird auch diesmal wiederum (z. B. von Sänger, Redlich, Goldscheider u. a.) betont und zum Teil mit Beispielen belegt. So führt Weygandt einen 28jährigen Oberlehrer an, der, nie recht gesund und hochgradig ermüdbar, sich freiwillig voll Begeisterung stellte, aber schon nach dreiwöchigem Durchschleppen völlig zusammenbrach, wobei an ihm, abgesehen von Reflexstörungen, vor allem eine fortgeschrittene Arteriosklerose der Radiales auffiel. Im übrigen wird auch wieder von günstigen Wirkungen der Kriegseinflüsse auf Nervöse berichtet (Goldscheider, ähnlich auch Redlich), die allerdings z. T. nur vorübergehende waren. Nonne gibt den Fall eines Neurasthenikers, der seit mehreren Jahren an schwerem zwangsmäßigen Lähmungsgefühl in den Beinen litt, sich aber im Felde durch besondere Tapferkeit auszeichnete, und dessen bis dahin keinen therapeutischen Maßnahmen weichende Beschwerden vom ersten Marschtage an verschwunden waren.

Fälle von reiner erworbener Nervenschwäche, von akuter Neurasthenie wird man wohl am ehesten bei jenen Bildern der militärischen Verwundeten- und Krankentransporte annehmen dürfen, wie sie speziell Riebeth hervorhebt: jene schon erwähnten nervösen Zustände mit großem Ruhe- und Schlafbedürfnis, gleichgültigem Verhalten, unwirsch ablehnendem Wesen und Klagen über Abgeschlagenheit und großes Müdigkeitsgefühl, in schwereren Fällen auch mit Schlaflosigkeit, unruhigen Träumen, Weinerlichkeit, Rührseligkeit usw. — Zustände, die sich entsprechend ihrer Ätiologie nach langem Schlaf und reichlicher Nahrungsaufnahme schon nach wenigen Tagen wieder völlig zurückzubilden pflegten. Auf diese Erschöpften, die gleich nach der Ankunft in einen bleiernen Schlaf versinken, um oft schon

nach 24 Stunden als ganz andere Menschen zu erscheinen, hat auch Redlich hingewiesen.

Nur wenige Fälle gehen nach Riebeth in ein protrahierteres Stadium über, und bei diesen besteht der Verdacht — namentlich wenn stärkere Affektstörungen, ausgesprochene Gleichgültigkeit, ständige Klagen über neurasthenische Beschwerden oder gar halluzinatorische Vorgänge andauernd im Vordergrund stehen —, daß es sich um komplizierte Formen, durch die Kriegseinflüsse herbeigeführte akute Verschlimmerungen schon vor dem Kriegsausbruch vorhandener Neurasthenien handelt.

In symptomatologischer Beziehung boten übrigens die Riebethschen Fälle die gleichen Krankheitsbilder wie die Friedensbeobachtungen. Häufig waren nervöse Herzbeschwerden mit Tachykardie, auch vorübergehende Harnbeschwerden (unwillkürlicher Harnabgang, Unvermögen zu urinieren) kamen analog Oppenheims Beobachtungen vor. Einige Male bestanden Kombinationen mit hysterischen Zügen (Tic, grobschlägigem Tremor, Paresen) — Hysteroneurasthenie —, vereinzelt auf einmaliges erschütterndes Ereignis, Granatfeuer u. dgl. zurückzuführen. Psychisch bestanden Angstgefühle, die allerdings nicht offen zugegeben wurden. Auch mehrere Fälle von Neurasthenie bei von Kindheit an bestehender depressiver Konstitution wurden beobachtet. Schmerzen und Überempfindlichkeit bei Verletzungen des Nervensystems und Neuralgien betrafen gewöhnlich erblich belastete Neurastheniker und Psychopathen, bei denen nicht sowohl der Schmerz als die Angst vor dem Schmerz zu einem mitunter ganz rabiaten Widerstreben Veranlassung gab.

Redlich hebt von transitorischen nervösen Erschöpfungssymptomen speziell die bekannten Schlaf- und Traumstörungen sowie die Labilität und Beschleunigung der Herzaktion heraus und bestätigt im übrigen die Oppenheimschen Beobachtungen der labilen Körpertemperatur, die in unerklärten leichten Temperatursteigerungen und der übertriebenen Reaktion auf pyrogene Reize sich kundgab.

Alt hebt an den aus dem Feuerbereich ankommenden Verwundeten und kranken, nervös Geschwächten besonders die Überempfindlichkeit heraus. Sie „gemahnen in bezug auf psychische, sensuelle und sensible Übererregbarkeit geradezu an Epileptiker, Eklamptiker und Hysteriker in der Anfallsperiode" Jedes Geräusch, jeder Lichtstrahl löse seelisches Weh und motorische Unruhe aus, mehrere auf einmal einwirkende Eindrücke machten solche Kranke unruhig, ängstlich, weinerlich oder auch reizbar und heftig, es komme mitunter zu plötzlicher Entladung in Form eines Weinkrampfes, eines ängstlichen Verwirrungszustandes, eines förmlichen Wutausbruches, eines hysterischen oder epileptischen Krampfanfalles, der aber keine echte Epilepsie sei. Diese gelegentlich auch bei kräftigen und vordem nervenstarken Männern auftretenden Zustände der Übererregbarkeit der Großhirnrinde könnten rasch abklingen und ausheilen.

Unter Jollys Material der Nervenstation eines Reservelazaretts stellten die Neurasthenien ein großes Kontingent (80 bei ungefähr 320 Aufnahmen). Es waren Fälle, die gewöhnlich schon vor dem Feldzug nervös gewesen waren, anfänglich unter dem Einfluß der Begeisterung und der veränderten

Lebensweise die Strapazen gut vertragen hatten, bis sich dann allmählich oder auch ziemlich plötzlich die alten Beschwerden wieder einstellten, und zwar manchmal, nachdem die Patienten aus einem anderen Grunde in Lazarettbehandlung gekommen waren. Der Verlauf war verschieden: Ein Teil konnte bald als zunächst garnisondienstfähig entlassen werden, bei anderen dauerte es lange, einige mußten als zeitig dienstuntauglich erklärt werden. Einzelne kamen durch ihre Reizbarkeit und Empfindlichkeit im Felde in Konflikt mit den Vorgesetzten. Erschöpfungsneurasthenien fanden sich bei Jollys Material ebenso unter früher nervengesunden wie nervös gewesenen aus dem Felde Zurückgeschickten. Von Symptomen hebt Jolly neben allgemeiner körperlicher und geistiger Erschlaffung und starker Reizbarkeit speziell die fast regelmäßig nachweisbare, nicht unterdrückbare Neigung zum Weinen heraus. Bezeichnend ist der Fall eines früher immer gesunden aktiven Leutnants, der im Dezember mit Weinkrämpfen, Zittern am ganzen Körper und Schlaflosigkeit zusammenbrach, nach kurzer Erholungszeit beschwerdefrei wurde, dann aber erneut zusammenfiel und nun noch allerlei neurasthenische Symptome: Erregbarkeit, schlechte Stimmung, schlechten Schlaf, Kopfschmerz usw. bietet. — Im übrigen sah auch Jolly (analog den Oppenheimschen Erfahrungen) neurasthenische Bilder nach Granatshock.

Röper sah typische Kriegsneurasthenien unter seinem Material nicht selten, ausgesprochene Fälle freilich relativ selten. Auch er fand ein ziemlich gleichartiges Symptomenbild. Die Anfänge der Erschöpfungsneurasthenie und ausgesprochen neurasthenischer Gefühlsbetonung aller Beschwerden sah er gerade bei Nur-Kranken im Gegensatz zu den Verwundeten ziemlich häufig. Diese Fälle wurden im Gegensatz zu den konstitutionellen Neurasthenien wieder vollwertige Krieger. Von den einzeln angeführten Fällen war der eine anfangs den Strapazen gut gewachsen, später erkrankte er mit Kopf- und Kreuzschmerzen, vollständiger Schlaflosigkeit, innerlicher Unruhe und weinerlicher Stimmung. Körperlich bot er neben sonstigen neurasthenischen Symptomen unwillkürlich zuckende Bewegungen der Glieder und anfallsweises heftiges Zittern. In einem anderen Falle handelte es sich um einen konstitutionell nervösen Matrosen der Seewehr, der schon früher an Angstgefühlen und hypochondrischen Befürchtungen litt, bald nach der Mobilmachung mit Rückenschmerzen, Benommensein im Kopf und Angstgefühlen erkrankte, wiederholt dem Lazarett wegen Kopfsausen, schweren Träumen, Unruhe, Herzbeschwerden usw. überwiesen werden mußte und schließlich als dienstunfähig entlassen wurde.

Ins Gebiet der Erschöpfungsneurasthenie dürften wohl zum guten Teil auch jene Krankheitsformen zu rechnen sein, die Cimbal als akute nervöse Überreizung und als traumatische Psychosen im Gefolge von übermäßiger allgemeiner Erschöpfung (oder von seelischen Erschütterungen) heraushebt, wobei es dahingestellt bleiben mag, ob es einen klinisch glücklichen Griff bedeutet, wenn man eine „traumatische“ Psychose infolge Erschöpfung aufstellt und diese ohne weiteres mit den psychotraumatischen Störungen im engeren Sinne vereinigt. Jedenfalls dürften manche der für diese Krankheitsgruppe von Cimbal herangezogenen Symptome,

z. B. die Contracturen, die Ausfallserscheinungen der Empfindung u. dgl. wohl mit gleichem — wenn nicht besserem — Recht für die psychogenen Störungen in Anspruch genommen werden. Daß Cimbal von diesen „rein nervösen Formen der Überreizung und Erschöpfung", die übrigens unter seinem — sehr großen — Beobachtungsmaterial die weit überwiegende Mehrzahl bildeten, ununterbrochene Übergänge zu den „Krampfleiden und Bewußtseinstrübungen auf echt traumatischer Grundlage" fand, sei nebenbei noch erwähnt.

Die häufigsten Krankheitssymptome betrafen bei diesen Cimbalschen Fällen das Gefäßsystem (Pulsbeschleunigung, Blutdruckherabsetzung). Durchgehend bestand auch Kurzluftigkeit beim Atemanhalten und verhältnismäßig häufig Herabsetzung der Sehnenreflexe, — Erschöpfungssymptome akutester Art, die bei entsprechender Therapie in 8—10 Tagen wieder verschwanden. Zu den Erschöpfungssymptomen rechnet Cimbal auch das kleinschlägige Zittern, während er das grobschlägige ebenso wie das Schwitzen von Händen und Achselhöhle mehr für die konstitutionelle Nervosität in Anspruch nimmt. Als Überreizungssymptome der Muskeln nennt er vor allem die Contracturen einzelner Muskelgebiete oder selbst nur einzelner Muskelteile, deren Eigenart besonders von der nervösen Disposition abhänge. Reiz- und Ausfallserscheinungen in der Empfindungssphäre waren seltener und regelloser verteilt. Verhältnismäßig häufig waren seit der kalten Jahreszeit Lumbago- und ischiatische Neuralgien. Das Gesichtsfeld war bei einem großen Teil anfangs eingeengt, erweiterte sich aber bald ebenso wie die Atemspanne. Auf seelischem Gebiet bestand bei den erschöpft und überreizt aus dem Felde Heimkehrenden das bekannte, auch bei den nicht nervösen Verwundeten wenigstens andeutungsweise vorhandene und von Cimbal noch als physiologisch angesprochene Krankheitsbild, das durch Schlafstörungen mit ängstlichen Träumen, vereinzelten Sinnestäuschungen im Halbschlaf (Nachbilder platzender Granaten und Schrapnelle beim Schließen der Augen) gekennzeichnet ist.

Bemerkenswert ist schließlich noch Cimbals Angabe, daß fast bei einem Drittel der beobachteten Contracturen im Anschluß an einfache Gewehrschüsse, die anfangs als einfache mechanische Folgen der Ruhigstellung des Gliedes aufgefaßt wurden, sich nachträglich nervöse oder psychische Allgemeinstörungen, besonders Schlafstörungen, rapider Gewichtsverlust, allgemeine Hyperästhesien, vereinzelte Sinnestäuschungen einstellten.

Was die Erschöpfungspsychosen angeht, so schätzt Mayer den Anteil der Erschöpfung als ursächliches Moment für akute Psychosen gering ein, wenigstens erklärt er, man sei heute geneigt, derartige Bilder mehr oder weniger zu leugnen. Das große Heer dessen, was heute als Erschöpfungspsychosen oder Erschöpfungszustände zurückgeschickt werde, seien Psychopathen, bei denen sich die Erschöpfung in der mannigfaltigsten Weise äußere, oder es seien Zustände, bei denen die Erschöpfung neben anderen seelischen Faktoren nur eine sekundäre Rolle spiele. — Nun, so richtig und berechtigt diese Einwendungen auch sein mögen — auf den großen Anteil der psychogenen Komponente bei den als rein nervöse Erschöpfungszustände aufgefaßten

Störungen wurde ja schon früher hingewiesen, wie auch auf die Bevorzugung nervös Disponierter und hereditär Belasteter —, so ändert dies doch nichts an der ätiologischen Bedeutung der Erschöpfung als allein oder vorwiegend wirksamer pathogener Noxe, wie sie speziell bei manchen Verwundeten- und Krankenneurasthenien zum Ausdruck kommt. Schließlich gibt aber auch Mayer das Vorkommen reiner Erschöpfungszustände zu, die oft schwer von „echten“ Psychosen zu trennen seien. Er führt den Fall eines Kriegsfreiwilligen, eines schwachen jungen Mannes, an, bei dem ohne Bestehen einer psychopathischen Anlage und ohne Mitwirkung stärkerer seelischer Erregungen ein psychotischer Zustand auftrat, der mit einer einfachen Hebephrenie viel Ähnlichkeit hatte. Der Mann konnte geheilt zur Truppe zurückgeschickt werden. Leider sagt Mayer nicht, warum die Annahme eines schizophrenen Anfalles mit nachfolgender erheblicher Remission unbedingt auszuschließen war.

Die Kombinationen der nervösen Erschöpfungszustände mit polyneuritischen Störungen bei Kriegsteilnehmern, auf die Mann die Aufmerksamkeit gelenkt hatte, werden von Nonne bestätigt. Er hat analog den Mannschen Fällen von mehr oder weniger ausgebreiteter sensibler Polyneuritis solche der motorischen resp. gemischten Nerven gesehen (in dem einen Fall Neuritis multiplex von gemischtem Typus aller vier Extremitäten, in dem anderen eine ebensolche der unteren). In beiden Fällen bestand starke nervöse Disposition. Nonne sieht in dieser Polyneuritis nicht wie Mann eine Folge der allgemeinen Erschöpfung, die der Neurasthenie gleich zu setzen wäre, sondern spricht sie als eine organische Nacherkrankung der Exacerbation der Neurasthenie an. Daß die körperlichen Strapazen als solche nicht die Neuritis schufen, ergebe sich sowohl aus dem Bestehen der nervösen Disposition sowie daraus, daß diese erst einsetzte, nachdem die Kranken schon längere Zeit zur Ruhe gekommen waren, wie auch aus der Verteilung der Neuritis. Von einer Dyskrasie könnte auch nicht die Rede sein. —

Zum Schluß noch der Hinweis, daß ins Gebiet der Neurasthenie noch manches andere, an anderer Stelle zu Erwähnende, weil in anderer Symptomenverbindung Gebrachte, gehört, so etwa vieles aus dem Bereich der traumatischen Neurose Oppenheims, innerhalb deren dieser Autor ihr ein ausgedehntes Feld, größer als der Hysterie, einräumt, zumal er in zahlreichen Fällen dieser Art die Symptome der Neurasthenie in ihrer schwersten Ausbildung (besonders die Insomnien, die Reizbarkeit und Depression, die kardiovasculären und sekretorischen Symptome usw.) gesehen hat. Auch ein gut Teil der Krankheitserscheinungen aus dem Symptomenkreis der Tylschen Kriegspsychose (s. später) dürfte ins Gebiet der nervösen Erschöpfung fallen, vielleicht auch manche von den Feldzugshemeralopien u. a. m. —

Man sieht, im großen ganzen ist für die Klinik der nervösen Überreizungs- und Erschöpfungserkrankungen nicht viel Neues hinzugekommen, was über die bekannten Erscheinungen der reizbaren Schwäche und der emotionell-hyperästhetischen Krankheitsbilder Bonhöffers hinausführte. Neue Dinge von prinzipieller Bedeutung wohl überhaupt nicht.

Psychogene Störungen.
Schreckneurosen, traumatische Neuropsychosen, hysterische Zustände.

Das Hauptinteresse konzentriert sich durchaus wie bisher auf die psychotraumatischen Störungen, deren Umfang und Bedeutung im Bereich der Kriegsneurosen und -psychosen durch die Zunahme der ihnen gewidmeten Publikationen und die alle anderen Gebiete weit überragende veröffentlichte Kasuistik genügend beleuchtet wird. Zwar werden sie teilweise noch immer ohne tiefere Begründung verschieden bezeichnet und je nach der allgemeinen Anschauungsweise bald als Kriegsneurosen oder -hysterien, bald als traumatische Neurosen, bald als psychogene Krankheitszustände usw. herausgehoben, doch macht sich immerhin schon unverkennbar die Tendenz zu schärferer begrifflicher Fassung der Krankheitsbegriffe, zu klarerer Kennzeichnung der Krankheitsbilder und strengerer Abgrenzung derselben von nahe verwandten Formen bemerkbar.

Als die für die Kriegsverhältnisse charakteristischsten, vielleicht auch die häufigsten Krankheitsformen können nach wie vor die Granatexplosionsneurosen gelten. Über sie orientiert systematisch in ätiologischer, symptomatologischer und pathogenetischer Hinsicht Gaupp in seiner Studie über die Granatkontusion.

Unter diesem Begriff versteht Gaupp die Allgemeinschädigung eines Menschen durch eine in unmittelbarer Nähe von ihm vorbeisausende oder platzende Granate ohne erkennbare körperliche Verletzung durch direkte oder indirekte Geschoßteile.

Als Ursachen kommen in Betracht:

1. Der Luftdruck (akute rasche Luftverdichtung, Luftverdünnung oder rascher Wechsel von beiden). Als pathologische Folge wird an die Wirkung aufs innere Ohr gedacht, von wo die heftige Erregungswelle auf den Hörnerv und das Gehirn übergehe und eventuell den Tod durch molekulare Erschütterungen der lebenswichtigen Hirnzentren herbeiführe.

2. Giftige Gase mit oder ohne gleichzeitige Verbrennungen im Körper des Betroffenen. Die beim Platzen schädliche Gase entwickelnden Schimosen der Japaner im Russisch-Japanischen Kriege hatten Verbindungen von organischen mit funktionellen Nervenstörungen zur Folge.

Hier sei gleich der Hinweis Lewins eingeschaltet, daß es sich nur um die Giftwirkung des Kohlenoxyds handeln könne. Lewin weist auf gewisse zentrale und periphere nervösen Störungen hin, die neben anderen (Herz-, Bewegungsstörungen, entzündlichen Lungenprozessen) auftraten, so z. B. schwere amnestische Ausfallserscheinungen, die teils experimentell an Tieren durch Beschießung des Wracks eines Panzers, teils bei Pulverexplosionen an Menschen beobachtet wurden. Lewin betont gleichzeitig die besonders große Vielfältigkeit der möglichen Vergiftungssymptome, und daß auch schwere Funktionsstörungen sich in allmählicher Fortentwicklung einstellen können, selbst wenn die akuten Einwirkungen nur sehr wenig auffällige Erscheinungen bedingt hatten. Wichtig sei auch, daß die Kohlenoxydvergiftung nicht nur die in der Nähe des krepierenden Explosions-

geschosses vorhandenen Menschen treffen könne, sondern daß Gasaufnahme auch durch die Bedienungsmannschaft von Geschützen möglich sei. — Heubner bezweifelt demgegenüber die Möglichkeit einer Kohlenoxydvergiftung durch krepierende Geschosse im freien Felde und hält sie nur für Räume mit behindertem Luftzutritt, z. B. Unterstände, für möglich.

3. Die mechanische Erschütterung des ganzen Körpers, namentlich des Gehirns und des sympathischen Systems, durch die Explosionsgewalt.

4. Die seelische Erschütterung durch Angst, Schreck, Grauen, Ungewißheit usw.

Nach den Erfahrungen im jetzigen Kriege treten nach Gaupp die erste und zweite Ursache als meist unwesentlich in den Hintergrund. Allerdings spiele der Luftdruck in manchen Fällen, speziell bei akuten Symptomen von seiten des inneren Ohrs (Taubheit, Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Ohrschmerzen, Hyperästhesie des Acusticus, verbunden mit Schwindel, Nystagmus, Taumeln, Übelkeit und Erbrechen), eine gewisse Rolle. Ihnen liegen wahrscheinlich kleine multiple Blutungen im Cortischen Organ oder nekrotische Vorgänge in dessen Zellen zugrunde.

Für den tödlichen Shock infolge enormen Luftdruckes nahe vorbeisausender Granaten bei fehlender mechanischer Hirn- oder Rückenmarkserschütterung fehlt es bis jetzt an sicheren anatomischen Grundlagen. Gedacht wird an Platzen von Blutgefäßen in lebenswichtigen Teilen des Gehirns, namentlich des verlängerten Marks. Irrtümliche Annahme eines solchen tödlichen Shocks kann bei Übersehen kleiner, aber tödlicher Schußverletzungen lebenswichtiger Körperteile erfolgen.

Die mechanische Erschütterung des ganzen Körpers führt nicht selten zur Commotio cerebri und spinalis, beim Anschlagen größerer Erdmassen gegen den Unterleib auch zur akuten Erschütterung des sympathischen Systems, speziell des Plexus solaris, ohne sichtbare äußere Verletzungen.

Oft kommt aber nur eine seelische Erschütterung von höchstem Grade in Betracht, deren Wirkungen sich von den Fällen mit gleichzeitiger mechanischer Gewaltwirkung keineswegs sicher unterscheiden lassen, sondern ihnen bisweilen nach Symptomen und Verlauf völlig gleichen.

Als klinische Symptome der Granatkontusion sind zu nennen:

1. Plötzliche Todesfälle unter den Zeichen des Shocks ohne jede erkennbare äußere Verletzung.

2. Viel häufiger sofortiger Bewußtseinsverlust mit stunden- bis tage- bis wochenlanger Dauer und nachheriger Amnesie für alle Vorgänge vom Augenblick der Explosion ab, bisweilen auch noch weiter zurückreichende Amnesie. Als Ursache ist in manchen Fällen eine Commotio cerebri anzunehmen, in anderen Schreck, Angst und Entsetzen, die durch Erregung des Gefäßnervensystems die Ohnmacht herbeigeführt haben dürften.

3. Dann bloße Bewußtseinstrübungen der verschiedensten Grade.

4. Ohne vorangegangene Bewußtseinstrübung nervöse und psychische Reiz- und Ausfallserscheinungen der verschiedensten Art. (Hysterische und epileptiforme [auch epileptische ?] Anfälle, lokale und allgemeine tonische oder klonische Krämpfe und Muskelzuckungen, halbseitiger oder

allgemeiner Tremor der verschiedensten Stärke, schlaffe und steife Lähmung der Beine. Abasie und Astasie, Stummheit und Taubheit, Taubstummheit, Stimmlosigkeit, apathischer Stupor ohne jeden erkennbaren Affekt, leicht delirante Benommenheit, tobsüchtige Erregung von angstvollem, seltener heiterem Charakter, häufig mit zahlreichen Sinnestäuschungen verbunden.)

Auch Gaupp erkennt die akuten nervösen Symptome als abnorm lang andauernde körperliche Zeichen seelischer Erregung, ähnlich wie Bonhöffer u. a., an und sieht in ihnen die Erscheinungen der traumatischen Hysterie. Neben der großen Bedeutung der seelischen Stellungnahme zum Explosionsvorgange hebt auch er die Bedeutsamkeit der psychopathischen Veranlagung für die Erkrankung und ihren Verlauf sowie den dispositionserhöhenden Einfluß der äußeren Kriegsschädlichkeiten hervor.

Außer diesen akuten kurzdauernden und bei richtiger ärztlicher Stellungnahme rasch wieder völlig heilenden Störungen finden sich häufig auch noch zahlreiche weniger massive Dauersymptome (vor allem Schmerzen und subjektive Beschwerden aller Art: Kopfschmerzen, Stechen im Körper, Betäubungsgefühle, Steifigkeit der Glieder, Schwindelempfindungen, Herzklopfen mit anfallsweiser Steigerung, motivlose innere Unruhe, Neigung zum Weinen, Überempfindlichkeit selbst gegen leise Geräusche, Schlaflosigkeit, schlafstörende Kriegsträume, Erinnerungszwang, geistige Konzentrationsunfähigkeit, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, objektiv nicht selten zahlreiche vasomotorische Symptome, Zittern, gesteigerte Reflexerregbarkeit, psychogenes Schwanken bei Augenschluß, Erschwerung geistiger Vorgänge, wechselnde Helligkeit des Bewußtseins, überleichtes Zusammenzucken bei äußeren Reizen), Dauersymptome, bei denen es sich nach Gaupp „vermutlich manchmal“ um eine Verbindung schreckneurotischer Zeichen mit neurasthenischen, der vorangegangenen Erschöpfung entstammenden Zügen handelt. In der Tat boten mehr neurasthenische Klagen und Symptome solche Personen, bei denen der akuten Schädigung durch die Granatexplosion eine lange Zeit angestrengter Kriegsarbeit vorangegangen war, bei denen also ein erschöpftes Nervensystem von dem akuten Shock betroffen wurde, während junge Soldaten, die bald nach dem Ausmarsch ins Feld infolge einer Granatexplosion erkrankten, häufiger ein rein hysterisches (psychogenes, schreckneurotisches) Bild zeigten.

Es erscheint mir von Wert, daß Gaupp sich nicht einfach damit begnügt, das Vorkommen von neurasthenischen Zügen resp. die Verbindung derselben mit hysterischen im Rahmen der traumatischen Neurose als gegebene klinische Tatsache hinzunehmen, sondern sie pathogenetisch zu erklären sucht. Weygandt hält übrigens die Art der Veranlagung für maßgebend, ob neurasthenische oder hysterische Krankheitsbilder nach Granatexplosion auftreten.

Im wesentlichen analoge Beobachtungen liegen jener Gruppe von Kriegshysterie zugrunde, die Binswanger zusammenstellt. Es handelt sich um solche Fälle, die neben mehr oder weniger scharf ausgeprägten klinischen Symptomen der emotionellen Übererregbarkeit oder des emotionellen Torpors, neben pathologischen Schlaf- und Traumzuständen oder

vollentwickelten hysterischen Paroxysmen scharf umrissene hysterosomatische Symptomenkomplexe darbieten.

Diese Kriegshysterien zerfallen in zwei Hauptgruppen: Die eine, von 17 Beobachtungen nur 3 umfassend, bei denen nachweislich schon vor Ausbruch des Krieges und vor dem Einsetzen der ausgeprägten Kriegshysterie eine konstitutionelle hysteropathische Veranlagung bestanden hat; die andere, 11 einwandfreie Fälle umfassend, in denen mit Sicherheit jede konstitutionelle Erkrankung im obigen Sinne auszuschließen ist. Dazu kommen dann noch 3 bezüglich dieser Veranlagung unsichere Fälle.

Bei der ersten Gruppe hatte sich der krankhafte Zustand mehrfach schon mit Beginn des Krieges ausschließlich unter dem Einfluß gemütlicher Spannungen und körperlicher Anstrengungen entwickelt. Auch geringfügige körperliche Erkrankungen (u. a. Zellgewebseiterung, rheumatische Erkrankung) lösten den hysterischen Symptomenkomplex ohne anderweitige Ursache, insbesondere ohne emotionelle Shockwirkungen, aus. Doch lagen auch hier Beobachtungen mit den gleichen Entstehungsbedingungen wie bei der zweiten Gruppe vor, d. h. mit emotionellem Shock, Commotio und toxischer Schädigung durch Geschoßgase als ursächlichen Momenten. Für die so verursachten Fälle der zweiten Gruppe kamen aber auch körperliche und seelische Noxen als vorbereitende Ursachen mit in Betracht.

Die hysterosomatischen Krankheitsbilder entwickelten sich entweder unmittelbar im Anschluß an die psychisch erschütternden, mechanisch und toxisch schädigenden Ereignisse oder nach kürzer oder länger dauernden Inkubationsstadien. Tiefgreifende Bewußtseinsstörungen scheinen wenigstens für die zweite Gruppe eine notwendige Vorbedingung für das Zustandekommen der hysterischen Erkrankung gewesen zu sein. Auch sie können entweder unmittelbar an die auslösenden Ursachen sich anschließen oder erst nach einem Inkubationsstadium plötzlich ausbrechen. Die im Anschluß lediglich an einen psychischen Shock auftretenden einleitenden Bewußtseinsveränderungen, die die Form kurzdauernder ohnmachtsartiger Zustände oder stunden- und tagelang währender tiefer Bewußtlosigkeit vom Typus hysterolethargischer oder hysterokataleptischer Zustände, oder endlich protrahierter hysterosomnambuler Attacken darbieten, treten bei dieser Gruppe von Krankheitsfällen durchweg nur einmal auf (im Gegensatz zu anderen hysterischen Krankheitsbildern ohne ausgeprägt hysterosomatische Symptomenkomplexe mit ihren mehr oder weniger regelmäßig wiederkehrenden hysterischen Anfällen).

Eine Verschiedenartigkeit in der Symptomatologie der hysterosomatischen Krankheitsbilder für die Fälle der ersten und zweiten Gruppe ließ sich nicht nachweisen. Bei beiden fanden sich die verschiedenartigsten Vereinigungen motorischer, sensorisch-sensibler, angioneurotischer und sekretorischer Störungen vom Charakter der Reiz- und Hemmungssymptome. Als vorwaltend stellt Binswanger die bereits anerkannten fest: die verschiedenen Tremorarten bis zum Schüttelkrampf, die Dysbasien und Astasien, monoplegische resp. monoparetische und hemiparetische Erscheinungen mit Contractur oder leichteren spastischen Zuständen oder endlich die Störun-

gen der Hautempfindung und der Schmerzgefühlsreaktion. Die Symptomenbilder entsprechen den bisherigen Erfahrungen an eindeutig ausgeprägten Fällen schwerer Hysterie, sowohl der konstitutionellen wie der traumatischen, doch gehen sie über den Rahmen der üblichen Unfallhysterien einschließlich der sog. traumatischen Neurosen weit hinaus.

Bezüglich der Pathogenese betont Binswanger, daß zwar — insbesondere für die Fälle der zweiten Gruppe — die mannigfachsten ursächlichen Momente beim Zustandekommen der Erkrankung mitgewirkt haben, aber für die Entstehung der spezifisch hysterischen Merkmale doch dem psychischen Faktor die Hauptrolle zugewiesen werden muß. Den entscheidendsten Beweis für diesen psychogenetischen Charakter der hysterosomatischen Störungen sieht er in der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Methoden und den guten Heilerfolgen. Freilich reicht nach Binswanger zur Erklärung der Entstehung dieser hysterosomatischen Symptome weder die bloße Behauptung, daß aktuelle oder latente Vorstellungen im Moment ihres Einsetzens wirksam waren, noch die Theorie einer rein thymogenen Entstehung aus. Vielmehr schienen die psychischen Entstehungsbedingungen dieser Fälle viel verwickeltere Vorgänge zu umfassen. Sicher scheine jedenfalls die hysterische Veränderung, d. h. jene besondere psychische Beschaffenheit, die zur Entstehung hysterischer Krankheitsäußerungen durch die verschiedenen körperlichen und seelischen Einwirkungen führe, für die Fälle der zweiten Gruppe an psychische, mechanische oder toxische Schädigungen des Gehirns gebunden zu sein, die klinisch ihren Ausdruck in den Bewußtseinsstörungen fänden.

Für die besondere Art des hysterosomatischen Krankheitsbildes, vor allem für die regionäre Gestaltung motorischer, sensibler, angioneurotischer und sekretorischer Störungen, zieht Binswanger äußere und innere Momente heran, die die Bewußtseinsvorgänge, vor allem die Aufmerksamkeit auf bestimmte Körperteile im Augenblick des psychischen und mechanischen Insults hingelenkt haben. Daneben macht er auch akzidentelle, mit dem ursächlichen Faktor der hysterischen Erkrankung nur indirekt oder gar nicht zusammenhängende somatische Erkrankungen (etwa eine rheumatische periphere Neuritis oder sonstige Schädigungen der peripheren oder zentralen Nervengebiete, die vor der psychischen Shockwirkung oder gleichzeitig mit dieser bestanden) für die besondere Gestaltung und Lokalisation der Symptome verantwortlich.

Im einzelnen hebt Binswanger noch hervor: Reine Hemianästhesie und -analgesie fand sich bei den echten Kriegshysterien nicht (nur einmal bei einem hysterischen Schwindler, der bezeichnenderweise überhaupt keinen emotionellen Shock erlitten und noch gar nicht im Felde gewesen war), eine Erscheinung, die B. darauf zurückführt, daß diese Kriegshysteriker in der überwiegenden Mehrzahl der konstitutionellen Hysterie nicht angehören. Die vorgefundenen Sensibilitätsstörungen waren immer im Zusammenhang mit solchen der Motilität. Übergangsformen zu unregelmäßigen Hemianästhesien resp. -analgesien wurden mehrfach beobachtet. Auch fanden sich halbseitige Anästhesie und Analgesie gleichzeitig mit einer solchen einer Extremität resp. eines Extremitätenabschnittes der anderen Körperhälfte,

sodann Anästhesien und Analgesien in geometrisch angeordneten Segmenten, wie sie Charcot zuerst bei der traumatischen männlichen Hysterie beschrieben hat.

Im übrigen sieht Binswanger in den Sensibilitätsstörungen mit Ausnahme der rein halbseitigen Abweichungen keine Kunstprodukte suggestiven Ursprungs, ähnlich wie auch Mann gerade auf Grund der kriegsneurologischen Erfahrungen die Auffassung, daß die Sensibilitätsstörungen teils durch die ärztliche Untersuchung, teils durch Begehrungsvorstellungen ausgelöst seien, ablehnt. Dementsprechend betont auch Nonne, daß der Krieg Gelegenheit gebe, die alte Charcotsche Lehre von dem Zusammengehen funktioneller motorischer und sensibler Störungen und der charakteristischen Form dieser Sensibilitätsstörungen bei hysterischen Lähmungen zu bestätigen, die durch Böttgers Proklamation ihrer iatrogenen Genese und Babinskis Veröffentlichungen ins Wanken geraten war.

Speziell den psychogenen Sensibilitätsstörungen bei Kriegsnervenverletzten geht Trömner nach. Er fand sie etwa bei einem Sechstel seiner Fälle, und zwar bei Individuen, welche sonst keinerlei Stigmata hatten. Artefakte waren nach der Art der Untersuchung auszuschließen. Die geometrischen Begrenzungen entsprechen nach Trömner zweifellos gewissen motorischen Vorstellungskomplexen, während die schärfere Begrenzung an der Vorderseite des Körpers auch auf optische Komponenten hinweist. Gewisse primitive Partialvorstellungen des Körpers unterlägen hier der Ausschaltung aus dem Bewußtsein. Auch die dabei meist beteiligten Empfindungen, Schmerz und Temperatur, seien primitive (Heads protopathische Sensibilität). Seltener und meist weniger stark seien Tastempfindungen beteiligt, und die für Motilität und räumliche Orientierung unerläßliche Tiefensensibilität sei meist frei. Dissoziation der Empfindungen sei weder Ausnahme noch Regel, absolute Anästhesie viel seltener als bloße Hypästhesie. Charakteristisch sei weiterhin die Fluktuation der Grenzen in Abhängigkeit von Aufmerksamkeit und Ermüdung, die Verlangsamung der Reaktionen und die häufige Indifferenz des Verhaltens. Die meisten Kranken wüßten von ihren Hypästhesien nichts oder kümmerten sich nicht darum. — Für die Entstehung dieser Störungen setzt Trömner besondere neuropathische Fixation gewisser Komplexhemmungen voraus, die andeutungsweise und vorübergehend auch als physiologische Affekt- oder Vorstellungswirkungen auftreten könnten. Anlaß seien entweder relativ leichte aber schmerzhafte Verletzungen, bei denen der Schmerz eine Art kompensatorischer Oberflächenhemmung bewirke, oder langdauernde Fixation in Verbänden oder — wie in den meisten von Trömners Fällen — organische Paresen, die dann von der psychogenen Komplexhemmung vollständig überdeckt würden. Daß der Schmerz tatsächlich die Anästhesie bewirken könne, zeigt nach Trömner ein Fall von hysterischer Luxationslähmung der Schulter, der von der bekannten Schulterkappe umgeben war. Bei diesem erweiterte sich das analoge Gebiet um mehrere Finger breit, wenn man durch Hochhebung des Oberarmes den Schmerz erheblich vermehrte. Bemerkenswert sind auch gewisse symmetrische „Spiegelungsanästhesien“, derart, daß z. B. in einem Fall infolge von Saphenusverletzung durch Ober-

schenkelschuß eine organische Anästhesie an der Unterschenkelinnenseite und als hysterisches Pendant dazu ein hypästhetischer Wadenstrumpf um den andern Unterschenkel bestand, oder bei einem andern zu einer organischen Lähmung einer Hand eine hysterische Handschuhanästhesie an beiden Unterarmen hinzukam. Trömner weist schließlich noch auf die an dieser Stelle nicht weiter interessierenden Schwierigkeiten bei der Differenzierung hysterischer und cortical-organischer Störungen der Hautempfindung hin.

Im Gegensatz zu diesem klinisch schärfer gefaßten Material gibt Jolly mehr allgemeines über seine Hysteriebeobachtungen, wobei insbesondere die konstitutionelle von der traumatischen Hysterie nicht streng getrennt ist. Hysterien waren unter Jollys Material auffallend häufig (50 unter ca. 320 Nervenfällen), ein Prozentsatz, der nach des Autors Meinung von den Franzosen wohl noch überschritten würde. Bei einer Reihe von diesen, die übrigens öfter leichten Schwachsinn darboten, standen Krampfanfälle im Vordergrund, die teils schon früher bestanden hatten, teils angeblich erst im Felde aufgetreten waren. Der Art nach waren die Anfälle sehr verschieden: von kurzen Zuckungen bei ungestörtem Bewußtsein bis zu heftigen Jaktationen mit schwerster Bewußtseinstrübung gehend, bei demselben Patienten meist gleichartig, nur in der Intensität wechselnd, z. T. täglich, bei anderen in mehr oder weniger langen Pausen auftretend. In einem Falle traten täglich sehr dramatische Anfälle auf mit heftigem allgemeinen Zittern, stummen Szenen aus dem Gefecht mit Laden, Anlegen und Abfeuern des Gewehrs. Nachher bestand sofortige Klarheit und Amnesie. Öfter trat außerhalb der Anfälle reizbares disziplinfeindliches Wesen hervor. Ein Teil der erstmalig im Felde mit Anfällen Erkrankten wurde nach genügender Erholung als garnisondienstfähig entlassen, nur bei ganz schweren und häufigen Anfällen und unausgebildeten Mannschaften wurde Dienstunbrauchbarkeitserklärung angeregt. Die Veranlassungen für die Anfälle und sonstigen hysterischen Symptome im Felde waren sehr verschieden: Neben allgemeinen körperlichen und seelischen Strapazen, Granatshock usw. auch Hitzschlag (s. später), einmal auch nächtlicher Aufenthalt neben stinkender, den Kranken sehr anekelnder Pferdeleiche.

Eine zweite Gruppe von Hysterischen bot die bekannten hysterischen Lähmungen, eine dritte die Erscheinungen „allgemeiner Asthenie“, für deren Auftreten Jolly dem Rentenwunsch eine große Rolle einräumt. Als Fall von hysterischer Asthenie faßt Jolly einen angeblich im Laufe großer Anstrengungen entstandenen und sich allmählich verschlechternden Zustand auf, bei dem körperlich reduzierte Ernährung, allgemeine Schwäche, Blässe, lebhafte Sehnenreflexe und leicht erregbare Herztätigkeit bestanden, außerdem Schmerzen, schlechte Nahrungsaufnahme und mangelhafter Schlaf, Überempfindlichkeit gegen optische und akustische Reize, Unfähigkeit allein zu gehen, und Schüttelanfälle bei — selbst geringen — Anstrengungen oder Aufregungen. — Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man diese „allgemeine Asthenie“ mit der als Hysteroneurasthenie bekannten Kombination hysterischer und neurasthenischer Symptome identifiziert resp. in ihr das Produkt aus psychogenen und Erschöpfungselementen sieht.

Als häufige Gruppe hebt Jolly des weiteren die Fälle (9 Beobachtungen)

von andauerndem Zittern heraus, als deren Ursache meist Überanstrengung und auch Durchnässung angegeben wurde, und die sich therapeutisch ziemlich refraktär verhielten. Von Granatsbockneurosen sah Jolly 25 Fälle. Sie waren bis auf einige Punkte ziemlich verschieden. Gemeinsam waren ihnen Schwindelerscheinungen und Hörstörungen in den ersten Tagen sowie Klagen über Kopfschmerz, außerdem ließ sich fast immer, besonders in der ersten Zeit, Steigerung der Herzerregbarkeit, der Kniesehnenreflexe, der mechanischen Muskelerregbarkeit, vasomotorisches Nachröten und erhöhte Gemütserregbarkeit nachweisen. Ein Drittel der Fälle glaubt Jolly als neurasthenische ansprechen zu dürfen. Einmal bestand dabei deutlich depressiv-hypochondrische Gedankenrichtung, öfter Klagen über Erschwerung des Denkens und Schwerbesinnlichkeit. Ähnliche neurasthenische Bilder, aber ohne Hörstörungen, kamen auch sonst — nach Verschüttetwerden, nach Schreck infolge Einschlagens einer Luftschiffbombe — vor. In anderen Fällen zeigten sich deutlich hysterische Bilder. Bei den Hörstörungen wurde mehrfach Labyrintherschütterung festgestellt. Die Dienstfähigkeit wurde bei schwereren Erscheinungen nach Shock nur selten wiedererlangt.

Interessant ist das Vorkommen von hysterischen Nachkrankheiten nach Hitzschlag. Hittorf sah solche in jedem schwereren Hitzschlagfalle, wie er sie im August 1914 in der Garnison beobachtete. Die Beobachtungen müssen als einwandfrei gelten, da Hittorf bei seiner Zusammenstellung aus dem Felde zurückgesandte Fälle, die Hitzschlag durchgemacht haben sollten, wegen des nicht immer mit Sicherheit erwiesenen Hitzschlages trotz gleicher Erscheinungen (hysterischer Krämpfe) nicht mit berücksichtigte.

Von den in der Garnison Erkrankten wurde ein Teil noch im Hitzschlag oder in dessen Abklingen eingeliefert. Die nicht tödlich verlaufenen Fälle klagten in den nächsten Tagen meist noch über Kopfschmerz, große Mattigkeit u. a. Oft war eine nervöse Tachypnöe, schwache Stimme sofort auffallend. In der größeren Mehrzahl traten dann nach mehreren Tagen ganz plötzlich schwere hysterische Krampfanfälle auf. Nie entwickelte sich echte Epilepsie. Diese Anfälle schwanden in keinem der (zum Teil monatelang, zum Teil bis jetzt) beobachteten Fälle, doch wurden alle langsam gebessert, so daß in keinem Falle Dienstunbrauchbarkeit eintrat. Diese in allen Fällen bis auf einen (Abasie und Sprachstörung bei einem kriegsfreiwilligen Dr. phil.) beobachtete relativ ungünstige Prognose erscheint mir immerhin auffällig. Ob da nicht doch die bekannten Begehrungsvorstellungen mitsprachen? Therapeutische Maßnahmen erwiesen sich übrigens auch als wenig zugänglich.

Symptomatologisch bot ein Fall anfangs völlige hysterische Stummheit, Abasie und Astasie und starke Tachypnöe, die bald zurückgingen, doch blieben hysterisches Stottern und hysterische Gangstörung längere Zeit. Pat. konnte nach $1^1/_2$ Monaten bis auf das Stottern geheilt entlassen werden. Freilich kam es 2 Monate später im Anschluß an eine Grippe zu einem leichten Rückfall von Abasie und zu vermehrtem Stottern. In einem andern Fall bestand zunächst nur Kopfschmerz, Mattigkeit, leise, aphonische, langsame Sprache und mäßig nervöse Tachypnöe. Nach einigen Tagen trat dann eine nervöse Tachykardie auf, die noch nach 9 Monaten unverändert bestand.

Dabei waren Schmerz- und Temperaturempfindung völlig aufgehoben, und außerdem traten eigentümliche Krampfanfälle vom Charakter typischer Tetanieanfälle auf.

Da ausgesprochen nervöse (hereditäre) Disposition sich nur in einem Falle (hysterischer Abasie) nachweisen ließ, in anderen aber jede Belastung angeblich fehlte, so nimmt Bittorf an, daß nicht sowohl eine nervöse Prädisposition zum Auftreten dieser hysterischen Folgekrankheiten notwendig sei, als daß vielmehr die schwere Schädigung des Gehirns im Hitzschlag zu einer hysterischen Charakter-(Gehirn-)veränderung führe, ähnlich, wie es mitunter nach Intoxikationen, z. B. Schwefelkohlenstoff, beobachtet wird und wie es übrigens — siehe oben — auch von Binswanger für einzelne Hysterietypen nach Granatexplosion vorausgesetzt wurde.

Erinnert sei zum Schluß noch daran, daß im Gegensatz zu diesen Bittorfschen Erfahrungen Wollenberg viel mehr neurasthenische Bilder als Hitzschlagfolgen — freilich bei Kriegsteilnehmern — beobachtete. Von Weygandt wurde allerdings auch auf hysterische Symptome im Gefolge von Hitzschlagerkrankungen hingewiesen.

Sonstige symptomatologisch interessante Einzelheiten ergibt die ungemein reichhaltige Kasuistik, die erschöpfend gar nicht wiedergegeben werden kann. Soweit sie in irgendwelcher Beziehung halbwegs Beachtenswertes bietet, mag sie hier kurz gekennzeichnet werden. Die Gruppierung geschieht nach rein äußerlichen Gesichtspunkten. Es bedarf daher nicht erst besonderer Erwähnung, daß die Einordnung der einzelnen Fälle bis zu einem gewissen Grade willkürlich ist, zumal bei der Zusammengesetztheit vieler Krankheitsbilder diese unter die verschiedensten Gruppen fallen. Manche Fälle könnten mit gleichem Recht auch bei den später zu besprechenden psychotischen Störungen psychotraumatischer Genese untergebracht werden.

Von Störungen vorwiegend im Bereich der oberen Extremität führt Trömner eine hysterische Parese der rechten Hand mit dissoziierten Grenzen der Sensibilitätsstörungen bei einer lange Zeit mit fixierendem Verband behandelten Glasschnittwunde an.

Jolly: Doppelseitige schlaffe Armlähmung nach Granatshock. (Vor 10 Jahren linksseitige Radialislähmung!)

Nonne: Hysterische Armlähmung mit entsprechender Sensibilitätsstörung unmittelbar nach einem durch die obere Schlüsselbeingrube gehenden Gewehrschuß. Fälschlich als unheilbare Plexuslähmung aufgefaßt, aber durch kombinierte (physikalisch-psychische) Behandlung schnell geheilt.

Fälle von Binswanger: Ätiologisch interessanter Fall. Schüttelkrampf des Armes, aufgetreten nach Schwinden vorhandener rheumatischer Beschwerden. Völliges Fehlen jedes emotionellen Shocks, als alleinige Ursache Durchnässung und Erkältung, sowie erhöhte Marschleistung festzustellen. Psychische Beeinflußbarkeit trotz Fehlens der psychogenen Wurzel unverkennbar. — Bis zum Schütteltremor gehendes Zittern der Arme, cutane Anästhesie am linken Arm ohne gleichzeitige Parese im Anschluß an Granatexplosion ohne erhebliche Verletzung bei bisher gesundem, nicht belasteten Soldaten. Hartnäckigkeit des Verlaufs, wohl verschuldet durch langes

Herumbummeln auf Urlaub; — Schüttelkrampf der rechten Hand, nach Zellgewebsentzündung des rechten Beins ohne äußeren Grund entstanden, durch Kunsthilfe zum Stillstand zu bringen und schließlich durch psychopädagogische Behandlung beseitigt bei schwer belastetem und erblich behaftetem Mann, der schon in Friedenszeit dem Militärdienst nicht gewachsen und während des Feldzugs nach großen Marschleistungen mit „Herzkrämpfen" zusammengebrochen war.

von Maiendorf: Dauernder klonischer Zitterkrampf mit Rigidität in beiden oberen Extremitäten in Zusammenhang mit Schußverletzung des linken Oberschenkels.

Meyer: Psychogener Krampf der Hand mit Athetosestellung der Finger, bei einem früher an der betreffenden Extremität verletzten Soldaten.

Von Störungen vorwiegend im Bereich der unteren Extremitäten sind hysterische Lähmungen beider Beine wiederholt erwähnt, so nach Granatexplosion zugleich mit Spannung aller Muskeln und starkem Zittern der Beine beim Versuch, diese zu heben (Alzheimer); — mit Analgesie bei früher stets gesunden Soldaten im Anschluß an verschiedene hintereinander erlittene Traumen (Überfahren, Schuß in den Oberschenkel, Durchnässung) (Westphal). Nach operativer Entfernung der Kugel trat übrigens in diesem Fall stundenlanger Dämmerzustand auf; — mit Analgesie bei stets leicht erregbarem schlaffen Soldaten nach Sturz auf Kopf und Rücken vom Bagagewagen (Westphal).

Sonstige psychogene Bein- resp. Fußlähmungen finden sich erwähnt: nach Schuß durch die rechte Kniegegend (gleichzeitiger Babinski als Rest einer —die Disposition abgebenden—organischen Hemiparese gedeutet) (Meyer); — nach Fußverletzung und psychischer Erschütterung im Gefecht (Binswanger); — nach Granatexplosion, bei der in einem Falle das rechte Hosenbein weggerissen wurde (Röper); —sodann auch nach Unterschenkel-, Oberschenkel-, Becken-, Hüften-, Bauchhautverletzungen, z. T. sehr geringfügiger Art (Fälle von Binswanger, Meyer, Redlich, Jolly u. a.)

Contracturerscheinungen: Hochgradige hysterische Beugecontractur sämtlicher Zehen beider Füße bei 36jährigem Landwehrmann, angeblich plötzlich über Nacht entstanden (Dorsalflächen der Endglieder völlig plantarwärts gerichtet, berühren beim Gehen den Boden). Suggestivbehandlung erfolglos (Königer).

Streckcontractur mit Analgesie-Anästhesie des linken Beines und kontralateralem Scheitelkopfschmerz bei psychisch-nervösem Zusammenbruch eines anscheinend neuropathisch veranlagten Freiwilligen im Anschluß an Granatexplosion nach vorangegangenen tüchtigen Kriegsleistungen in zahlreichen Gefechten (Binswanger).

Zwangshaltung des einen Fußes nach unbedeutender Prellung; Dorsalflexion der rechten großen Zehe nach Überanstrengung beim Marschieren (Jolly).

Psychogene Hyperextension der Zehen mit typisch hysterischer Sensibilitätsstörung nach Hufschlag (Meyer).

Tremorerscheinungen: Fälle von Nonne: Allgemeiner Tremor

(und spezieller Schütteltremor der unteren Extremitäten bei intendierten Bewegungen) mit gleichzeitiger Paraplegia inferior nach Kopfstreifschuß im Anschluß an langes Verweilen im Granatfeuer bei von jeher nervösem, stark abgemagertem, völlig mut- und hoffnungslosem Soldaten.

Pseudospastischer Tremor der unteren Extremitäten mit Paraparesis inferior und gleichzeitiger Depression und Reizbarkeit bei nicht nervösem, nicht belastetem Artilleristen nach Sturz in einen tiefen Wassergraben. Allmähliche Entwicklung.

Pseudospastischer Tremor der unteren Extremitäten mit allgemeiner Anergie der Motilität, besonders der Beine und hypochondrischer Verstimmung und psychischer Reizbarkeit nach Rheumatismus im Schützengraben bei einem bis auf Rheumatismus früher gesunden Soldaten. — In allen drei Fällen schnelle Besserung resp. Heilung durch Hypnose. Ein ähnlicher Fall mit Schütteltremor der unteren und oberen Extremitäten, Anergie für Fuß und Zehen, depressiver Stimmung und Reizbarkeit bei geheilter Gewehrschußfraktur der Tibia. Refraktär gegen jede Therapie.

Hysterischer Tremor und Schütteln beider Beine bei Geh- und Stehversuchen nach doppelseitiger Kniegelenksentzündung und angeblich zweimaligem Schreck (von Maiendorf).

Schüttel- und Zitterphänomene werden im übrigen auch sonst recht oft angeführt, so feinschlägiges Zittern im Verein mit anderen schweren hysterischen Symptomen (Krampfanfällen usw.) nach Granatverletzung (Jolly); heftiges Zittern von Armen und Beinen aus gleichem Anlaß (Röper); allgemeines Körperzittern, Schüttel- und Zitteranfälle und zeitweilige Tachykardie nach starker Erschöpfung bei stets schwächlichem Soldaten (Westphal); allgemeiner Schütteltremor, später rhythmischer Tremor der Rückenmuskulatur und ticartige Zuckungen der Nackenmuskeln neben Astasie, Abasie, psychischer Depression und sonstigen nervösen Störungen nach langdauernden seelischen Erregungen in gefahrvoller Stellung im Felde (Nonne). Interessant ist auch der Jollysche Fall eines vorher gesunden Landwehrmannes, bei dem angeblich nach Hitzschlag Bewußtlosigkeit mit Krämpfen und dann ständige rhythmische Bewegungen beider im Ellbogen rechtwinklig über dem Brustkorb gehaltenen Arme im Sinne der Beugung und Streckung auftraten. (220 Bewegungen in der Minute.)

Ungemein zahlreich sind auch die Fälle von Astasie-Abasie. So nach unbedeutendem Schulterblattschuß, nach Trauma im Schützengraben (Mann), nach Granatfeuer (Röper), nach Granatexplosionsverletzung (Binswanger und Nonne); — bei ersterem mit gliedabschnittweise allmählich zurückgehender, von den motorischen Störungen überdauerter Sensibilitätsstörung der Extremitäten, bei letzterem mit gleichzeitigen motorischen Störungen der unteren Extremitäten, ausgesprochener Crampusneurose, psychischer Depression und sonstigen nervösen Symptomen bei nicht belastetem Soldaten.

Weitere Fälle von Binswanger: Typisch hysterische Geh- und Stehstörungen mit segmentaler Anästhesie und Analgesie der Beine, anscheinend durch ein Ohrenleiden verursacht (gleichzeitig Schwerhörigkeit und Schwindel mit unbestimmtem Anteil von organischer Schädigung und psychischem

Faktor). Pathogenese: Die otogenen Schwindelanfälle haben wohl die seelischen Vorgänge auf den Geh- und Stehakt hingelenkt.

Astasie und Dysbasie mit Schüttelkrampf im Anschluß an schmerzhaftes rheumatisches Leiden und mehrmonatiges Krankenlager. Von Binswanger als hypochondrische, affektiv bedingte Störung ohne jede emotionelle Shockwirkung aufgefaßt.

Zwei Fälle von Neutra: Erst mehrere Wochen nach Entfernung vom Kriegsschauplatz aufgetretene totale hysterische Abasie mit Tremor. In dem einen Fall stellte sich zunächst im Anschluß an mehrtägiges Liegen auf nasser Erde Schwäche in beiden Beinen ein und erst unter physikalischer Behandlung trat Verschlimmerung des Zustandes mit voller Abasie und allgemeinem Zittern auf; in dem andern, der wegen leichter Erfrierung der Füße vom Kriegsschauplatz geschickt war, waren nach fieberhafter Erkrankung im Spital erst heftige Schmerzen und Zittern aufgetreten und später dann nach erfolgloser physikalischer Behandlung auch schwere Abasie mit Schütteltremor. In beiden Fällen schnelle Heilung durch Hypnose.

Fälle von Meyer mit psychogenen Gangstörungen: Ausgesprochener Stelzengang, anscheinend im Anschluß an Schutzimpfung und vielleicht eine körperliche Erkrankung. Trippelnder Gang mit nach auswärts gestellten Füßen und gebeugten Beinen bei gleichzeitiger motorischer nnd sensibler Paraparese der Beine. Allmähliche Entwicklung ohne sichere ursächliche Momente.

Halbseitige Extremitätenlähmung (mit amputationsförmig begrenzter Anästhesie) sah Nonne einmal nach Durchschießung der Weichteile von Oberarm und Unterschenkel der betreffenden Seite, ein anderes Mal (mit halbseitiger Anästhesie) nach Schußverletzung der Weichteile des Nackens. Letzterer Fall fälschlich als Spinallähmung aufgefaßt. Donath: nach leichter Schultergelenks- und Wirbelschußverletzung (gleichfalls mit halbseitiger Sensibilitätsstörung).

Störungen vorwiegend im Bereich von Kopf und Rumpf:

Fälle von Nonne: Klonische Krämpfe der oberen Hälfte des Cucullaris beiderseits im Anschluß an Granatexplosion bei nicht belastetem, früher niemals nervösem, kräftigem Mann; linksseitiger hochgradiger Accessoriuskrampf mit funktioneller Parese des linken Beines nach Bauchschuß in die linke Unterrippengegend; in beiden Fällen schnelle Heilung.

Fall von Westphal: Psychogener Contracturzustand der Halsmuskeln mit entsprechender Hyperästhesie der Haut nach Granatsplitterverletzung der Schulter und Gewehrschuß in den Nacken bei nervösem Reservisten.

Ähnlich ein Fall von Mann: Hysterische tiefe Halsmuskelcontractur mit vollständig versteifter Halswirbelsäule nach Schrapnellschuß.

Fall von Sänger: Steckschuß ins Stirnbein. Nach Entfernung der Kugel pseudospastische hysterische Ptosis links.

Fall von Binswanger: Isolierter (außerordentlich seltener) Kopftremor nach plötzlichem Zusammenbruch mit Bewußtlosigkeit im Anschluß an schwere tagelange gemütliche Erregungen bei einem Patrouillengang. In psychischer Hinsicht hypochondrisch hysterisches Krankheitsbild mit

gesteigertem Krankheits- und Wehgefühl, Zornreizbarkeit und egozentrischer hypochondrischer Vorstellungswelt. Angeborene Beschränktheit, ernsthafte Selbstmordabsichten.

Fall von Westphal: Tic der Gesichts- und Halsmuskulatur mit starkem, mitunter weiterschreitendem Tremor der oberen Extremitäten bei nervös belastetem Offizierstellvertreter im Lazarett aufgetreten.

Fälle von Weber: Ticartige Zuckungen der linksseitigen Gesichts-, Hals- und Schultermuskeln nach Verschüttung bei Granatexplosion ohne Verletzung bei bereits zweimal vorher verwundeten zum drittenmal im Felde stehenden jungem Kriegsfreiwilligen; ein ähnlicher Fall bei einem nicht disponierten Offizier, der nach schweren Strapazen eine leichte Knieverletzung im Granatfeuer erlitten und bei dem sich nun während der sonst glatten Heilung ticartige Zuckungen im Gesicht und gesunden Bein neben Geräuschüberempfindlichkeit, Schlaflosigkeit und Depression einstellten. Sein mit ihm verwundeter Bursche hat übrigens die Zuckungen auch.

Fall von Jolly: Zwangsweise langsame Bewegungen des Kopfes — besonders beim Sprechen — mit torticollisartiger Zwangshaltung und gelegentlichen kurzen Zuckungen des Facialis und Kopfes nach Granatshock bei zwei angeblich früher gesunden Soldaten.

Symptomatologisch komplizierte Bilder geben zwei Binswangersche Fälle:

In dem einen bestanden Schüttelkrampf, rhythmisch intermittierende Muskelkrämpfe verbunden mit abasisch-astatischen Störungen, hysterischer Anfall und Kombination von hemilateral und segmental angeordneten Hypästhesien und Analgesien nach Granatexplosion bei einem körperlich und geistig gesund ins Feld gerückten Kriegsfreiwilligen. Entsprechend der Schwere verlief die Erkrankung äußerst schwankend mit Besserungen und Rückfällen.

In dem anderen trat nach hysterischem Anfall mit tiefer Bewußtlosigkeit Lähmung und Contracturbildung des rechten Beins, Hemispasmus glossolabialis rechts und Anästhesie-Analgesie der rechten Extremitäten nach längerem Inkubationsstadium im Anschluß an schwere psychische und mechanische Schädlichkeit (stundenlanges Steckenbleiben im kalten Sumpf mit Gefahr völligen Versinkens) auf.

Sprache und Stimme erweisen sich gleichfalls in der Kasuistik der Kriegshysterien häufig an der Störung beteiligt. Pape führt 6 Fälle von typischer funktioneller Stimmbandlähmung an, von denen der eine schon vor dem Feldzug in gleicher Weise erkrankt war, während sich bei den anderen kein Anhalt für ein labiles Nervensystem auffinden ließ. Auslösend wirkten auch hier die bekannten Noxen (Aufenthalt im Schützengraben, Granatexplosion usw., einmal auch Fall in einen mit Wasser gefüllten Laufgraben u. dgl.). Manchmal fehlte aber auch ein unmittelbarer Anlaß. Es handelte sich dabei allemal um Infanteristen, die den Gefahren und Schädigungen des Feldzuges ja am meisten ausgesetzt sind.

Blässing führt den Fall eines Obermatrosen an, der im Anschluß an die Beschießung der englischen Küste von Aphonie befallen wurde, die

nach 14 Tagen wieder geheilt war. Nach einem Seegefecht in der Nordsee verlor er von neuem die Stimme und wurde nach 2 Monaten im Lazarett wiederhergestellt. An Bord zurückgekehrt bekam er jedoch wieder Aphonie. Im übrigen bestanden Klagen über Schwindel und Aufgeregtsein. — Böttger empfiehlt für solche Fälle, ebenso wie zur Coupierung von hysterischen Anfällen und Dämmerzuständen die Anwendung von künstlicher Atmung.

Redlich sah komplette hysterische Aphonie und eigentümliche Respirationsstörung (Verlangsamung der Atmung) nach Fall vom Wagen mit Überfahren des Halses.

In Westphals Fällen trat bei einem nicht belasteten, früher angeblich gesunden Landwehrmann nach Granatexplosion anfangs Mutismus auf, der später einer aphonisch leise piepsenden Stimme wich, ein andermal bei einem stets nervösen Soldaten aus dem gleichen Anlaß ebenfalls Mutismus, an dessen Stelle später hysterisches Stottern trat, außerdem bestanden noch Bewegungen von zum Teil ticartigem Charakter. In einem Weberschen Falle stellte sich im Anschluß an Granatfeuer Flüsterstimme, artikulatorisch geartete Sprachstörung und starkes Grimassieren beim Sprechen sowie hysterische Sensibilitätsstörung ein bei fehlenden psychischen und organischen Nervenstörungen. In einem Fall von Sänger trat nach Sturz vom Pferde ohne Verletzung gleichfalls hysterischer Mutismus sowie Lähmung des rechten Armes mit Zittern auf (außerdem bestand eine Gehstörung von organischem Charakter und wahrscheinlich organischem Ursprung). Verschiedenartige Formen psychogener Sprachstörung: Flüsterstimme, schwere Stottersprache, stoßweiße zögerndes Sprechen unter Gesichtsmitbewegungen, langsam abgehacktes Sprechen mit Agrammatismus erwähnt übrigens auch Jolly.

Bei den psychogenen Störungen der Sinnesfunktionen treten die Sehstörungen anscheinend ziemlich zurück. Wenigstens finden sich nur ganz vereinzelte Beobachtungen. Mann erwähnt eine hysterische rechtsseitige Amblyopie mit Sensibilitätsstörung der rechten Augenumgebung nach schwerer Schußverletzung der rechten Schläfengegend, und Weygandt führt einen Fall von herabgesetzter Sehfähigkeit (es kommt ihm alles dunkel vor) bei gleichzeitiger angeblicher Hörstörung und stellenweiser Hyperästhesie infolge Einschlagens einer Bombe in der Nähe an. Nach Nonne ist übrigens schon bei Herodot, Buch VI, Kap. 117, eine durch heftigen Schreck in der Schlacht erzeugte Amaurose erwähnt.

Häufiger und bedeutungsvoller sind dafür die nervösen Funktionsstörungen des Gehörorgans, über die besonders Zange orientiert.

Die psychogenen Hörstörungen im Kriege — im Gegensatz zu Friedenszeiten sehr häufig — treten zumeist in Form nervöser Schwerhörigkeit auf, meist kombiniert mit gleichzeitigen organischen Störungen resp. ihnen aufgepfropft, am häufigsten nach Granatkontusion, wo sie neben einer gleichzeitigen mechanischen Schädigung durch Luftdruck und Erschütterung des Labyrinths (Commotio labyrinthii) auftreten, weniger häufig bei direkten Schädeltraumen durch Schlag, Sturz oder Prellschuß. Ursachen sind die üblichen: Schreck oder Shockwirkung der Explosion. Häufig werden psychopathische Individuen oder solche mit labilem Nervensystem be-

fallen, aber auch Fälle ohne Disposition kommen vor, bei denen es dann nicht zum Ausbruch einer ausgesprochenen Hysterie mit ihren mannigfachen Symptomen kommt, sondern nur die Funktion eines, und zwar des bei der Erschütterung besonders beanspruchten Organs von der psychogenen Störung betroffen wird. So kommen Fälle von isolierter hysterischer Hörstörung vor, die manchmal schwer von Simulation zu unterscheiden sind. (Nach Zange sprechen bei der Prüfung rasche, ohne Vorsicht gegebene Antworten gegen Simulation, da sie unter dem Zwange einer überwertigen Krankheitsvorstellung gegeben seien, während der Simulant erst überlege.) Neben den durch Kriegstraumen hervorgerufenen Hörstörungen finden sich nun auch solche bei noch nicht ins Feld Gerückten, bei denen psychische Noxen anderer Art, Unfähigkeit oder Vorstellung dem militärischen Dienst oder den Strapazen nicht gewachsen zu sein, wirtschaftliche Sorgen usw., ätiologisch in Frage kommen. Die äußere Veranlassung gibt oft auch nur eine harmlose und vorübergehende Ohrschädigung, so ertaubte ein erblich belasteter Ersatzreservist im Verlauf einer einseitigen akuten Otitis media beiderseits. Er bot allerdings daneben noch Stottern, Beinparese, schwere psychische Depression, Dyspepsie und Obstipation dar.

Bezüglich der differentialdiagnostisch ins Gewicht fallenden organischen Kriegsstörungen des Ohrapparates erwähnt Zange, daß reine Schallschädigungen durch Gefechtslärm (Maschinengewehr- und Geschützfeuer) nicht sehr häufig sind, wobei übrigens im allgemeinen nur die Schnecke, nicht der Vestibularapparat geschädigt wurde. Die Fälle nach Granatkontusion und Explosionen, die im wesentlichen als Labyrintherschütterungen aufzufassen seien, ließen sich in zwei Gruppen teilen: einmal solche mit lediglicher Hörstörung und intaktem Vestibularapparat, sodann (die Mehrzahl der Fälle) mit gleichzeitiger Schädigung von Schnecke und Vorhofbogengang, wodurch zur Schwerhörigkeit sich noch Schwindelerscheinungen und kalorische Unter- oder selbst Übererregbarkeit des Vestibularapparates gesellten. — Thost weist übrigens bezüglich dieser Gehörorgansstörungen nach Granatkontusion auf analoge Caissonerkrankungen hin.

Schlesinger hat gegen 80 Fälle von traumatischer Schädigung des inneren Ohres beobachtet, die fast ausnahmslos durch Granatexplosion in der Nähe, einzelne auch durch Minenexplosion verursacht waren. Von den ganz leichten Fällen abgesehen, die nur einige Tage Schwerhörigkeit, dumpfes Gefühl und sonstige Verdröhnungserscheinungen infolge des Höllenlärms der modernen Schlacht verursachten und in der überwiegenden Mehrzahl wieder zurückgingen, kam es häufig durch das Zusammenwirken von heftigem Knall und Luftdruck zu dauernden Schädigungen mit den Symptomen der Schwerhörigkeit, des Druckgefühls in den Ohren, des Sausens und Klingens oder ähnlicher subjektiver Gehörsempfindungen. Gewöhnlich war das Ohr stärker betroffen, an dessen Seite die Granatexplosion erfolgt war. Eine gewisse Besserung trat gewöhnlich allmählich ein.

Aus der Kasuistik seien zunächst Fälle von Zange erwähnt:

Zunehmende, sich später bis zur völligen Taubheit steigernde Schwerhörigkeit nach Kartuschenexplosion bei einem schon früher an Verwirrtheitsanfall erkrankten Unteroffizier. Gleichzeitig Ohrensausen, Schwindel,

Brechreiz, Verwirrtheit mit Entfernungstrieb. Im Lazarett auch noch Dysbasie, Trigeminusneuralgie, Angstzustände. Nach einigen Monaten garnisondienstfähig entlassen.

Taubstummheit nach Explosionsbetäubung ohne Verwundung, nach 10 Tagen Besserung, aber tonisches Stottern und kindliches Sprechen in Infinitiven und Telegrammstil bei ungestörtem schriftlichem Ausdruck, daneben hysterische Stigmata. Fast völlige Wiederherstellung in mehreren Monaten.

Ähnlich ist der von Binswanger erwähnte Fall von teils mechanisch, teils psychisch bedingter Schwerhörigkeit nach Granatexplosion mit rein hysterischer Sprachstörung von abgerissen-stockender und infantiler Sprechweise. Binswanger erwähnt in dem Fall noch allgemeine Hyperalgesie, besonders in den Ohrregionen und Schreikrämpfe bei Ohrprüfungen.

Taubstummheit im Anschluß an Granatexplosion zeigte ein Alzheimerscher Fall. Hier bestand angeblich zweitägige Bewußtlosigkeit, dann einen Tag vollständige Astasie und Abasie, 14 Tage lang Taubstummheit. Nachher kehrte das Gehör, dann auch die Sprache wieder. Nach 9 Wochen bestand noch Stottern. Ein hypochondrisch-neurasthenisches Krankheitsbild dauerte fort. Nach 3 Monaten kurzer hysterischer Dämmerzustand.

Interessant ist auch ein Fall von Weber, der nach Granatexplosion mit momentaner Bewußtlosigkeit, aber ohne Verletzung, an Schwindel, Ohrensausen, Augenflimmern, Kopfschmerz litt, so daß er beim Versuch, wieder Dienst zu tun, vom Pferde stürzte und deshalb Auge und Ohr der linken Seite stets bedeckt tragen mußte. Sobald die Binde entfernt wurde, bekam er Schmerzen und Schwindel. Organisch, auch otologisch kein Befund. Allmähliches Schwinden der Augen- und Ohrensymptome durch Suggestivtherapie. Nach etwa $^1/_2$ Jahr wieder dienstfähig ins Feld.

Erwähnt sei schließlich eine hysterische Anorexie mit erheblicher Gewichtsabnahme und geringer Nahrungsaufnahme bei stets nervösem 19jährigen Kriegsfreiwilligen, der beim Platzen einer Granate von einem Stein vor den Bauch getroffen worden war (Röper).

Eine größere Gruppe umfassen auch die hysterischen Anfälle. Solche sind ebenso wie auch Schwindelanfälle im Anschluß an Granat- und Minenexplosionen erwähnt, u. a. von Alzheimer. In dem einen Fall bestand Verlust der Sprache für einige Stunden neben sehr lang dauernden sonstigen nervösen und hysterischen Symptomen (halbseitige hysterische Bewegungsunfähigkeit und Analgesie usw.).

Hysterische Anfälle im Felde bei einer schon vor dem Kriege bestehenden traumatischen Hysterie führt Binswanger an, von denen der eine (beim Sturmangriff) von schwerer Astasie und Dysbasie mit heftiger Arthralgie gefolgt war. Es traten außerdem paroxysmale Zustände mit rhythmisch koordinierten Krampfbewegungen auf. In einem Röperschen Falle traten abends heftige Krämpfe von ein- bis zweistündiger Dauer mit gleichzeitiger röhrenförmiger Gesichtsfeldeinengung bei einem 20jährigen schwächlichen, infantilen Kriegsfreiwilligen im Gefolge eines Anfalls von Blinddarmentzündung auf, die mit Entfernung des Blinddarms schwanden. Seit Auftreten

der Anfälle bestand auch starkes Stottern. In einem anderen Falle des gleichen Autors traten Krampfanfälle und Masseterenkrampf (Kieferklemme) wiederholt im Geleit von fieberhafter Erkrankung bei einem Landwehrmann mit ausgesprochenen hysterischen Stigmen auf.

Eine Anzahl hysterischer Anfälle, zum Teil bei Individuen, die schon früher daran gelitten hatten, führt auch Weygandt an. In einem Falle stellten sich solche mit Kreisbogenstellung und starker Kopfrückbeugung nach langem Liegen im Schützengraben, rheumatischen Beschwerden und Nachricht vom Tode der Mutter ein. Zeitweilig bestand in diesem Fall auch örtliche Desorientierung und Verstimmung. In einem anderen trat eine Reihe von Krämpfen mit Rückwärtsbeugung des Kopfes und Schlagen mit den Händen angeblich infolge Impfung auf. In einem dritten bestanden Anfälle mit pseudokataleptischen Bewegungen und Stellungsanomalien. Fälle von Charcots Grande hysterie mit Attitudes passionelles sah Forster im Kriegslazarett. Anfälle ohne Bewußtseinsverlust mit 5 Minuten dauerndem Seitwärtsschütteln des Kopfes und Unfähigkeit zum Sprechen und zu willkürlichen Bewegungen sah Jolly.

Schließlich ist noch der praktisch und diagnostisch wichtigen Kombinationen psychogener mit organischen Nervenstörungen zu gedenken.

Nonne sah mehrfach Superposition von funktionellen Schwächeerscheinungen ganzer Extremitäten im Anschluß an lokalisierte traumatische Nervenlähmungen, davon dreimal im Anschluß an eine traumatische Neuritis des N. plantaris medius und lateralis; Schönborn eine hauptsächlich psychogene Lähmung der Hand nach Schußverletzung derselben, wobei eine geringe Atrophie am Hypothenar und ersten Interosseus auf eine gleichzeitige organische Störung hindeutete. Westphal: eine komplette hysterische Armlähmung mit entsprechender Sensibilitätsstörung bei gleichzeitiger leichter Ulnarisverletzung. Redlich: eine hysterische Contractur und Anästhesie des Armes bei partieller leichter Radialislähmung desselben durch Schuß. Reichmann: eine isolierte Paralyse der Endäste des Medianus mit mechanischer Behinderung der Handbewegung infolge Schußverletzung bei gleichzeitiger ringförmig mit dem Handgelenk abschneidender Sensibilitätsstörung. Mann: eine Neuritis des Plexus brachialis mit entsprechender organischer Lähmung der Oberarmmuskeln bei gleichzeitiger funktioneller Parese der gesamten übrigen Arm- und Handmuskeln und typisch hysterischer Sensibilitätsstörung an Arm, Halsseite und anstoßenden Rumpfpartien; der gleiche Autor: eine Schußverletzung des Nervus peroneus mit typischer Sensibilitätsstörung in dessen Ausbreitungsgebiet und hysterischer suggestiv schnell beseitigter Parese des Fußes. Röper: eine hysterische Gehstörung mit gebeugtem Knie und kreuzweisem Voreinandersetzen der Beine bei gleichzeitiger Facialislähmung durch Gewehreinschuß hinter dem linken Ohr und schlaffer (hysterischer oder organischer?) Lähmung des linken Armes und hysterischer Sensibilitätsstörung des linken Unterarmes. Redlich: Eine hysterische Sehstörung mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung, Ataxie und Sensibilitätsstörung nach Durchschuß durch den Schädel bei leichtester gerade nur angedeuteter Hemiparese. Stöcker: Hysterische

Beinlähmung und Sensibilitätsstörung links nach Kopfstreifschuß rechts, wohl aufgepflanzt auf organischer durch leichte Rindenläsion bedingter Lähmung. Westphal: Motorische Aphasie durch großes Projektil im Hemisphärenmark links, etwas hinter der Brocaschen Stelle, mit suggestiv beeinflußbarem hysterischen Contracturzustand der linken Zungenhälfte. Binswanger: Hysterische Dysbasie und segmentale Schmerzgefühlsstörung bei gleichzeitiger organischer Rückenmarksstörung nach Granatkontusion in einem Falle und in einem anderen hysterische spastische Parese des rechten Beins bei meningealer Blutung (gleichzeitiger Patellar- und Fußklonus) nach Lanzenstichverletzung an der Wirbelsäule. Außerdem bestehende episodische Wahnideen und inkohärentes Handeln waren in diesem Falle anscheinend auf gleichfalls hysterische transitorische Bewußtseinstörungen zurückzuführen. —Fälle von psychogenen Störungen nach Gehirnerschütterung führt Donath an. —

Die psychischen Störungen psychotraumatischen Ursprungs, die sich übrigens mit den nervösen meist aufs engste kombinierten, werden wieder besonders von Gaupp als Granatkontusionspsychosen gewürdigt. Eine scharfe Gruppierung der verschiedenen Formen ist freilich nicht durchgeführt, weil sich die Bilder oft vermischen oder ablösen.

Allen diesen Formen gemeinsam ist die Bewußtseinstrübung. Die häufigste Form scheint bei den deutschen Soldaten (von denen die polnischen Bluts besonders anfällig zu sein scheinen) der akute apathische Stupor ohne erkennbaren Affekt und mit völligem Stillstand jeder assoziativen Tätigkeit, der das Erloschensein jeder bewußten Gefühlsregung mit den schon früher erwähnten von Bälz, Stierlin u. a. bei Erdbeben und sonstigen Katastrophen beobachteten Bewußtseinsveränderungen gemeinsam hat. Dieser psychogene Affektstupor kann ebenso plötzlich verschwinden, wie er gekommen ist, und hinterläßt dann meist eine absolute Erinnerungslücke, die von dem Augenblick der Granatexplosion anfangen kann.

In den drei hierhergehörigen, von Gaupp ausführlicher dargestellten Fällen handelt es sich um von vornherein nervöse Individuen, bei denen der Stupor aus anfänglicher Bewußtlosigkeit nach der Granatexplosion hervorging. In dem ersten Fall ist, abgesehen von dem charakteristischen Bilde des Stupors selbst, bemerkenswert, daß Pat. nach Schwinden desselben bei Schilderung seiner Kriegserlebnisse in starken Affekt gerät, das Zischen der Granate mit angstvoll gespanntem Gesichtsausdruck nachahmt und sich dabei in die Gefechtsbilder immer mehr hineinlebt. In den dem Freiwerden folgenden Tagen war er noch ängstlich verzagt, klagte über Alpdruck auf der Brust und innere Unruhe und Spannung. — Im zweiten Fall sollen während der Bewußtlosigkeit resp. Benommenheit zeitweise klonische Zuckungen der Oberkörpermuskulatur und des Gesichts bestanden haben, einmal nachts auch delirante Erregung aufgetreten sein. In der Bewußtseinstrübung glaubte Pat. noch im Schützengraben zu sein. Die Aufhellung erfolgte allmählich, wobei an Stelle der anfänglichen Apathie eine mehr ängstliche und müde Stimmung mit dumpfem Kopfschmerz trat. — Im dritten Fall ließen sich aus den Vorstellungen der Bewußtseinstrübung Beziehungen zur Heimat herauserkennen.

In anderen Fällen bietet der Stupor Spuren ängstlicher Spannung, die sich in einzelnen angstvollen, leise vorgebrachten Äußerungen verrät („die Granaten“, „die Franzosen“ u. ä.). Gelegentliche Äußerungen erscheinen zusammenhangslos, so daß eine Art Verwirrtheit entsteht, ein Symptomenbild, das Gaupp mit der Schaikewiczschen Kriegspsychose (der „Amentia depressivo-stuporosa“) identifiziert. Manchmal besteht auch ein delirantes, spielerisches, kindliches Gebaren statt völliger Regungslosigkeit, oder der Stupor verbindet sich mit Stummheit, mit Abasie und Astasie, mit Stottern oder Bradyphasie. Zielloses Herumlaufen im Zimmer kommt vor. Auch Augenblicksbilder findet man, die an den Ganserschen Dämmerzustand erinnern. Häufig ist eine Verbindung von halbstuporösem Zustand mit angstvollen Delirien und reichlichen Sinnestäuschungen optischer und akustischer Art. Dabei werden mit allen Zeichen der Angst Gefechtsszenen erlebt, wobei auch in Verkennung der Umgebung Angriffe auf andere, für Feinde gehaltene Kranke vorkommen. Gaupp hält diese Bilder für identisch mit den „tobsüchtigen Erregungen, verbunden mit apathischem Stupor“, den „Übergängen von Stupor in Mania intermittens von epileptoider Art“ des Sanitätsberichtes von 1870/71. Auch Fälle mit heiterer Erregung, pseudomanische Bilder mit theatralischem Affekt kommen vor. In einem solchen Falle erfolgte die Heilung nach wenigen Tagen ganz plötzlich.

Bezüglich der Verlaufsart, die gleich hier mit angeschlossen sei, weist Gaupp darauf hin, daß diese Zustände entsprechend ihrem psychogenen Charakter einer psychischen Beeinflussung, einer psychologischen Behandlung durch Ruhe, verbale Suggestion, kameradschaftlichen Zuspruch sehr zugänglich seien, ebenso wie umgekehrt Verschlimmerungen und Wiederkehr des anfänglich schweren, aber bereits geheilten Zustandsbildes nach Wochen und selbst nach Monaten unter der Einwirkung rein seelischer Vorgänge erfolgen. Der Verlauf gestaltete sich dann etwa so, daß der apathische oder ängstlich-depressive Stupor plötzlich oder allmählich zurückging und nur noch allgemeine nervöse Klagen bestanden, dann aber eines Tages (so z. B. am Geburtstag des Kaisers oder des Königs von Württemberg, an denen Kanonenschüsse abgegeben wurden) Zusammenschrecken und im gleichen Moment Wiederkehr des Anfangszustandes mit Delirien („Granaten“, „Franzosen“), völliger Desorientierung und angstvoller Benommenheit bis zu tiefem Stupor — in einem Falle auch vorübergehende eintägige Wiederkehr der anfänglichen Stummheit und Taubheit erfolgte. Gerade die symptomatische Übereinstimmung dieser rein psychisch ausgelösten Rückfälle mit dem Anfangszustand nach der Granatkontusion hält Gaupp für beweiskräftig dafür, daß es zur Entstehung solcher anscheinend so schweren Zustände keinerlei körperlicher Erschütterungen oder Verletzungen bedarf. Ich glaube nicht, daß dieser Zusammenhang so unbedingt beweisend ist. Ich meine vielmehr, daß es ein Gesetz von allgemeiner pathologischer Bedeutung ist, wonach einmal gebahnte pathologische Wege, durch welche Noxen (traumatische, toxische usw.) sie auch immer gebahnt sein mögen, späterhin auch für andere Reize als die ursprünglichen pathogenen, insbesondere also auch für psychische ansprechbar werden. Das kann man ja auch bei körperlichen

Störungen (des Herzens usw.) allenthalben sehen. Ich würde daher beispielsweise bei der Epilepsie nicht wagen, aus der symptomatologischen Gleichheit der psychisch ausgelösten späteren Anfälle auf die rein psychogene Entstehung des betreffenden Epilepsiefalles zu schließen.

Von den in diesem Zusammenhang von Gaupp noch angeführten Fällen bot der eine ein sehr interessantes Bild traumhafter Benommenheit, das von deliriösen Kriegserlebnissen erfüllt war. Er stand sichtlich unter dem Einfluß von Gefechtsbildern, war in diesem Sinne völlig desorientiert, glaubte im Schützengraben zu sein, war vom stärksten Affekt beherrscht und zeigte das Aussehen eines Mannes, der sich in unmittelbarer Todesgefahr aufs stärkste anspannt, dem vernichtenden Feuer zu entrinnen. Dabei erwies er sich als sehr schwerhörig und schrie selbst mit lauter gellender Stimme. Nach etwa 14 Tagen erfolgte von selbst ganz plötzlich die Umwandlung des angstvollen Dämmerzustandes in den normalen Bewußtseinszustand, wobei gleichzeitig auch die Schwerhörigkeit und das laute Sprechen verschwanden. Nach einer halben Stunde kam es aber zur Rückkehr in den Dämmerzustand, wobei äußere Reize, vor allem Geräusche, wirksam waren. Dieser Wechsel wiederholte sich nun in den folgenden Tagen und Wochen häufig, indem jeder Schreck einen Rückfall erzeugte.

In einem anderen Fall bestanden am Anfang im Anschluß an die Granatexplosion hysterische körperliche Störungen: eigenartige abgehackte und verlangsamte Sprache, schwerfällig-breitbeiniger Gang, Schwerhörigkeit beiderseits und Kopfschmerzen, Erscheinungen, die sich bald besserten, aber im Anschluß an einen Schrecken (Trommelwirbel in der Nähe) zu einem akuten Rückfall mit vollständigem vorübergehenden Sprachverlust, erneuter Schwerhörigkeit, unruhigem Hin- und Herlaufen und weinerlicher Stimmung führten. Von Zeit zu Zeit traten Ohnmachtsanfälle und Zustände von Benommenheit mit Orientierungsstörung auf, wobei auch dieser Patient sich im Schützengraben oder Unterstand glaubte. Dabei war die Stimmung manchmal heiter erregt. Nach vorübergehender Besserung erlitt er im Anschluß an Böllerschießen einen erneuten Rückfall: Es trat ein apathischer Stupor, klonische Krampfanfälle, Verlust von Sprache und Gehfähigkeit, starke Schwerhörigkeit, schlechter Schlaf, Nahrungsverweigerung auf. Später wieder Besserung bei allgemeinen nervösen Beschwerden.

Ein letzter Fall, ein von Jugend auf nervöser, weichlicher Kriegsfreiwilliger, der sich von Anfang an den Strapazen des Feldes nicht recht gewachsen erwies, war im Anschluß an die Granatexplosion an hysterischem Mutismus, Astasie und Abasie erkrankt, die bald heilten. Von der Mitteilung, daß er nun bald wieder Garnisondienst tun könne, wurde er sichtlich betroffen, und als er dann nach der Garnison gesandt wurde, geriet er unterwegs, anscheinend infolge der Angst und anderer unlustvoller Eindrücke (Anblick der hysterischen Erregung eines mit ihm abgereisten Kameraden) in einen hysterischen Erregungs- und Verwirrtheitszustand.

Soweit die Gauppsche Darstellung der Granatkontusionspsychosen. Bemerken will ich hier nur noch ganz allgemein — auf die Eigenart der Verlaufsverhältnisse wird noch in anderem Zusammenhang zurückzukommen sein —, daß sie eigentlich doch wohl nicht, wie Gaupp hervorhebt, von den

gewöhnlichen hysterischen Delirien in Symptomen und Verlauf abweichen. Bei den Hysterien der Untersuchungshaft bekommt man beispielsweise Bilder zu sehen, die, wenn man von den selbstverständlichen, durch die Verschiedenartigkeit der Milieuverhältnisse gegebenen Differenzen in Symptomeninhalt und Verlaufsart absieht, eigentlich recht weitgehend mit den hier gekennzeichneten übereinstimmen.

Von Einzelfällen bot ein solcher von Binswanger, ein früher nervengesunder Mann, einen schweren 8 Tage lang andauernden Dämmerzustand mit nachfolgender Amnesie nach körperlicher Überanstrengung und langdauerndem gemütserschütterndem Granatfeuer. Von somatischen Störungen wies er eine ungewöhnliche weitausgedehnte cutane Analgesie und eigentümlich stotternd stockende Sprache auf, die wohl mit einer früher bestandenen Stimmbanderkrankung in Beziehung zu bringen ist, und die sich erst 8 Wochen später anläßlich einer erhebenden Weihnachtsfeier eingestellt hatte.

Ähnlich ist ein Westphalscher Fall, wo ein nicht belasteter, bisher gesunder Unteroffizier, bei dem allerdings Alkohol- und Tabakmißbrauch sowie große Strapazen und Durchnässungen in Betracht kamen, in der Schlacht im heftigen Granatfeuer wiederholte hysterische Krampfanfälle, Bewußtseinstörungen und später nach einem Alkoholexzeß einen Tobsuchtsanfall und gehäufte Krampfanfälle bekam. In einem anderen Fall von Westphal trat bei einem nicht belasteten, zeitweilig an Depressionszuständen leidenden Soldaten nach Streifschuß am Kopfe eine weitgehende retro- und anterograde Amnesie auf mit angeblich völligem Verlust des Schreibens und Lesens. Später war er frei, aber mit unklarer Erinnerung für die Zeit nach der Verletzung (vgl. übrigens zu dieser hysterischen Amnesie weiterhin die organisch bedingten Erinnerungsausfälle der Alzheimerschen Beobachtungen). In einem dritten Falle traten nach Granatexplosion ohne Verletzung, aber mit Bewußtlosigkeit hysterische Delirien mit Durchleben von Kriegsszenen auf, bei nachträglicher Amnesie für das Vorgefallene. Dabei hysterisches Wesen, Konfabulationen, nächtliches Phantasieren über die Kriegserlebnisse, aber keine Anfälle, körperlich Arm- und Beinparese.

Ähnlich beobachtete Niessl von Maiendorff im Anschluß an einen Schreck (Erwachen in einer in Brand geratenen Scheune) hysterische Delirien, die mit halluzinatorischen Szenen gräßlich drohenden Inhalts einhergingen und mit einem choreatischen Krankheitsbilde mit rhythmischen Zuckungen der gesamten Skelettmuskulatur verbunden waren.

Umgekehrt, einen Ausfall der Erinnerung an den Krieg im Dämmerzustand, zeigt ein Fall von Alzheimer, ein Sanitätsunteroffizier, der nach Verschüttung durch eine Granate ohne äußere Verletzung täglich hysterische Anfälle von $^1/_4$- bis $^1/_2$ stündiger Dauer hatte, die oft durch heftige linksseitige Kopfschmerzen eingeleitet wurden und nachträgliche Amnesie hinterließen. In diesen Anfällen ist er desorientiert, macht sonderbare Hantierungen, weiß von dem Kriege nichts, gibt aber über sein früheres Leben mit einer gewissen Schwerbesinnlichkeit Auskunft. Nach 4 Wochen Verschwinden der Anfälle, doch Wiederholung der krampfartigen Kopfschmerzen alle paar Tage.

Kurzdauernde poriomanische Anfälle mit Amnesie, präkordialen zum Kopf aufsteigenden Druck- und Angstgefühlen bei doppelseitigem, hysterischem Tremor, halbseitiger Hypästhesie und Hörstörung mit Schwindelanfällen gemischten mechanischen und hysterischen Charakters bot in einem Binswangerschen Falle ein vorher völlig gesunder Unteroffizier nach einer schweren Kartuschenladungsexplosion.

Psychotische Beimischungen enthalten auch die von Fürnrohr angeführten Hysteriefälle, die allerdings sämtlich schon vor dem Kriege hysterische Symptome aufgewiesen hatten. Der eine, ein Landwehrmann, der seit einem Jahr einige Anfälle gehabt hatte, kam aus dem Felde zurück. Er hatte halbstündige Anfälle mit Bewußtseinstrübung, Tränenausbruch und Körperkrümmungen. Ein anderer, ein Landsturmmann, der schon während der aktiven Dienstzeit wiederholt an Schwindel und Ohnmachtsanfällen, später auch an Bewußtseinsstörungen mit lautem Schreien und Wutzuständen gelitten hatte, bekam zuletzt bei der Impfung einen Ohnmachtsanfall und im Lazarett verschiedentlich Schreikrämpfe mit plötzlichem Zubodenstürzen und wildem Umsichschlagen. Ein dritter, Ersatzreservist, litt seit einem affektvollen Trauma in der Jugend — Überfahrenwerden, allerdings ohne Verletzung — an stuporartigen Zuständen, anfangs häufig, später seltener. Die gleichen Zustände traten auch im Lazarett auf. Ein weiterer Ersatzreservist, der schwer belastet war und schon früher an Erregungszuständen und hysterischen Anfällen litt, bekam auch im Lazarett viele psychisch ausgelöste Anfälle mit Arc de cercle und wütendem Umsichschlagen, die unter hypnotischer Behandlung milder wurden.

Die verhältnismäßige Häufigkeit psychogener-depressiver Zustände (nicht selten mit reichlichen Beimischungen hysterischer Symptome) betont Alzheimer und führt den Fall eines 41 jährigen Feldwebels an, der immer sehr peinlich und ängstlich im Dienst war und schon früher einen kurzen Depressionszustand im Anschluß an eine dienstliche Anzeige, durch die ein Kapitulant entlassen wurde, durchgemacht hatte. Er glaubte sich damals von diesem verfolgt, sah ihn nachts im Zimmer, glaubte, er wolle ihn umbringen. Zuletzt befiel ihn unter den Überanstrengungen der Mobilmachung und dienstlichen Schwierigkeiten von neuem ein monatelang anhaltender ängstlicher Depressionszustand mit Weinen und Jammern, wobei er sich für den schlechtesten Menschen hielt, glaubte der Spionage verdächtig erschossen zu werden, schuld am Kriege zu sein usw. Körperlich bestanden allgemeine Hypalgesie, starke Zitterbewegungen bei Erscheinen des Arztes, Wackelbewegungen des Kopfes, torkelnder Gang, hysterischer Strabismus. Er imitierte auch einen neben ihm liegenden Katatoniker.

In einem Zangeschen Fall bestand bei einem Artillerieoberleutnant, der körperlich und seelisch schwer erschüttert aus dem Felde kam, schwere psychische Depression mit fast paranoider Eigenbeziehung, sowie Angstzustände, Schlaflosigkeit und Weinkrämpfe bei geringsten Anlässen, außerdem auch enorme Reflexsteigerung, Hauthyperästhesie und hochgradige nervöse, in ihrer Stärke wechselnde Schwerhörigkeit (also wohl psychogener Fall mit starkem Erschöpfungseinschlag. Ref.).

Ins Gebiet der psychogenen Verstimmungszustände darf wohl auch ein

Fall von Weber gerechnet werden, wo ein anscheinend belasteter Landwehrmann von langsamer geistiger Entwicklung, der nach einem Gefecht mit heftigem Granatfeuer verstört, gehemmt und depressiv erschien und schließlich mit der Diagnose Paralyse zurückgeschickt wurde. Er zeigte ein stuporös-ängstliches Verhalten, starke motorische Hemmung, gesteigerte Reflexe, träge Pupillen, aber negative Wassermannsche Blutreaktion. Allmählich trat in der Anstalt unter Arbeitstherapie eine Besserung ein, doch bestand noch depressive Stimmung und Klagen über Kopfschmerz.

An die psychogenen Depressionszustände bei der Zivilbevölkerung mag in diesem Zusammenhange auch noch erinnert werden.

Eine traumatische Neurose mit querulatorischer Färbung erwähnt Löwy. Der Patient hatte durch Fall des Pferdes eine geringe Quetschung der linken Hüfte erlitten, hatte seitdem unausgesetzt Klagen über Schmerzen in der rechten Hüfte, die weder durch Zuspruch noch durch Ablenkung, noch durch Medikation zu beeinflussen waren, und deutete Ignorierung in paranoid-querulatorischer Weise. Interessant ist die Heilung: Bei einem Sturm tat er sich besonders hervor, sofort nachher waren die Beschwerden verschwunden und das früher mürrische und wehleidige Wesen wich einem frischen und aufgeräumten.

Auf psychotraumatische Fälle vom Charakter pathologischer Affekte („Kriegsknall") weist Stransky hin. Bei sonst besonnenen, wenn auch einigermaßen nervös disponierten Menschen traten, zumal unter dem seelisch deprimierenden Einfluß von Rückzügen, Episoden zornmütiger Erregung mit sinnloser Schimpferei oder gar blinder Aggression gegen gerade gegenübertretende Personen, selbst Vorgesetzte, auf verhältnismäßig geringfügigen Anlaß hin auf. Ausnahmezustände, die aus dem Rahmen der habituellen Persönlichkeit vollkommen herausfielen, im übrigen keineswegs immer nachträgliche Amnesie zu hinterlassen brauchen und sogar ein weitgehendes Maß von Orientierung in Zeit, Raum und Situation aufweisen können.

Als Zwangsneurosen psychotraumatischen Ursprungs kann wohl Engelens Fall von Klaustrophobie gelten. Sie war bei einem Arzt entstanden, als eines Nachts in der Nähe des zum Schlafen benutzten Kellers eine Granate unter furchtbarem Getöse eingeschlagen war. Sofort wurde in ihm die Angstvorstellung wach, im Keller nicht bleiben zu können, so daß er trotz anhaltenden Granatfeuers den sicheren Keller verließ. Auch auf dem Kriegsschauplatz vermochte er nicht zum öfteren Zurücklegen eines notwendigen Ganges einen völlig kugel- und bombensicheren Tunnel zu benutzen, sondern zog den Weg über den Berg, der vom feindlichen Feuer bestrichen wurde, vor.

Hierher gehört vielleicht auch ein von Donath erwähnter Fall von traumatischer Hysterie nach psychischem Shock. Ein junger, erblich nicht belasteter Mediziner, freiwilliger Husar, war bei der Attacke vom Pferde gefallen ohne Bewußtseinsverlust, nur mit der Angst zertreten zu werden. Es stellte sich dann bei ihm neben Reizbarkeit und leicht auftretenden Weinkrämpfen die Befürchtung ein, er werde den Verstand verlieren, unter eine fremde Macht geraten, die sein Ich unterdrücke und ihm Verrückt-

werden suggerieren wolle. Dabei bestand Überempfindlichkeit gegen Geräusche. Vorübergehend trat auch ein Wutanfall mit wirren Äußerungen auf, wobei er sich selbst in den Arm biß.

Zwangserscheinungen bot auch ein Fall von Zange. Ein Kavallerieoffizier, der mehrere Jahre vor dem Kriege eine Gehirnerschütterung erlitten und nun im Anschluß an Strapazen und Entbehrungen im Felde erkrankt war. Er hatte die Zwangsvorstellung als müsse er sich auf die Füße schießen oder dem Feind aus dem Schützengraben entgegenspringen, litt außerdem an Weinkrämpfen und Schwindel und bot im Lazarett Angstzustände, Schlaflosigkeit, enorme Geräuschempfindlichkeit, beiderseits psychogene Schwerhörigkeit und Gefühl des Absterbens bestimmter (hypästhetischer) Körperteile.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhange gleich auch noch der (allerdings anscheinend nicht psychotraumatische) Hübnersche Fall eines Lehrers, der als Offizierstellvertreter bald nach der Einstellung die Zwangsvorstellung bekam, er habe den Kameraden etwas weggenommen, ihnen die Löhnung nicht richtig ausgezahlt. Im Schriftverkehr hatte er die fortwährende Angst, etwas Verhängnisvolles geschrieben zu haben. Er wurde ferner zwangsmäßig dazu getrieben, Leute körperlich zu berühren. Sein Zustand steigerte sich so, daß er den Dienst nicht mehr verrichten konnte. —

Was die Verlaufsverhältnisse und -aussichten bei diesen psychotraumatischen Störungen angeht, so scheint auch weiterhin noch die Überzeugung einer im großen ganzen günstigen Prognose zu überwiegen, allerdings zumeist unter der Voraussetzung einer rechtzeitigen und zweckmäßigen Behandlung (Ablenkung, Beschäftigung, schnelle Entfernung aus der Klinik usw.) (Westphal, Hübner, Sänger, Redlich u. a.). Besonders auch Nonne betont wiederholt die verblüffend schnelle und restlose Heilung schwerer und schwerster durch somatische und psychische Traumen ausgelöster Neurosen, sofern man nur richtig zupackt und der Wunsch, geheilt zu werden, bei den Kranken besteht. Die Zukunftsaussichten hält er jedenfalls beim Fehlen wie auch bei Beseitigung der durch den Krieg bedingten Begehrungsvorstellungen für gut. Gaupp hält bisherige Nervengesundheit und gute Willenskraft für die Voraussetzung einer baldigen Überwindung der Störung, Weber ähnlich eine gute psychische Konstitution und Patriotismus. Für Redlich liegt die Ursache dieser günstigen Prognose einmal darin, daß es sich um jugendliche kräftige Individuen handelt, vor allem aber doch in einem äußeren Moment: daß diesen relativ einfachen und naiven Gemütern gegenüber die durch die militärischen Verhältnisse gegebene weitgehende Autorität resp. disziplinare Gewalt in günstigem Sinne wirksam werde.

Immerhin finden sich doch allenthalben mancherlei Einschränkungen. Binswanger weist auf die im Verhältnis zu den sonstigen Krankheitserscheinungen auffallende Hartnäckigkeit einzelner Symptome, so der hysterischen Sprach- und Phonationsstörungen hin, Meyer betont jetzt im Gegensatz zu seinen anfänglich günstigen Erfahrungen, daß in einem erheblichen Teil der Fälle zwar die allgemeinen nervösen Beschwerden verschwänden, jedoch die lokalen sehr hartnäckig seien, und zwar auch bei

Fällen, die anscheinend eifrig bestrebt wären, wieder ins Feld zu gehen, und Gaupp hebt umgekehrt für gewisse Fälle die Zähigkeit der allgemeinen nervösen Krankheitserscheinungen hervor. Es war schon in der ersten Zusammenstellung darauf hingewiesen, daß eine für alle Fälle ohne Unterschied geltende Verlaufsform und Prognose kaum existieren dürfte, daß man vielmehr je nach der Verschiedenheit der psychisch wirksamen determinierenden äußeren und inneren Einflüsse, also je nach der psychischen Eigenart des Trägers, den mitsprechenden Wünschen und Befürchtungen sowie den Milieueinflüssen auf prognostisch verschieden zu bewertende Typen rechnen dürfe.

Gaupp hat nun speziell aus seinen Erfahrungen bei Granatexplosionsneurosen und anderen nervösen (hysterischen, psychogenen, neurasthenischen) Zuständen gewisse prognostisch ungünstige Typen herausgehoben. Es handelt sich dabei um schwachnervige, von Haus aus nervöse Menschen, bei denen mit der Stärke der krankhaften Veranlagung auch die Hartnäckigkeit des krankhaften Zustandes zunahm. Unrichtige Behandlung schien ihn außerdem oft zu verstärken und zu unterhalten.

Häufig wurde nun bei solchen Störungen folgendes beobachtet. Die akuten Krankheitszeichen (Lähmungen, Krämpfe, Stummheit, Taubheit, Delirien, Dämmerzustände usw.) waren meist rasch zu beseitigen, der Zustand besserte sich schnell, die Kranken erschienen dem Beobachter wieder als vollkommen gekräftigt und waren unbeobachtet munter und leistungsfähig. Sobald aber der Arzt mit dem Vorschlag herantrat, es wieder mit dem Dienst (zunächst dem Garnisondienst) zu versuchen, änderte sich das Bild und schon in den nächsten Tagen traten mehr Beschwerden (Schlafstörung, Kopfschmerz, Schwindel, Müdigkeit, apathisches Wesen oder innere Unruhe) hervor. Suggestiver Zuspruch, der bisher sehr wirksam gewesen war, versagte nunmehr. Erfolgte trotzdem die Entlassung zum Ersatztruppenteil, so traten schon auf der Eisenbahn akutere Symptome auf (so z. B. mehrere Male hysterische Delirien) und nach der Ankunft bei der Truppe hatte sich der Zustand wieder dermaßen verschlimmert, daß nur neue Lazarettüberweisung übrigzubleiben schien. Nun blieb der Mann Lazarettinsasse, der sich im Lazarett leidlich wohl befand, aber jeden Versuch der Wiederverwendung bei der Truppe mit einer raschen Zunahme seiner Beschwerden bis zu tobsüchtigen Erregungen beantwortete. In anderen Fällen kam es nicht einmal bis zur Rücksendung zum Ersatztruppenteil. Zahlreiche meist nach Art und Stärke unkontrollierbare Beschwerden führten zu monatelangem Herumliegen im Lazarett. Als ursächliches Moment wirkte in all solchen Fällen die mehr oder weniger bewußte Angst vor der Rückkehr ins Feld, die nach Gaupp durchaus noch nicht mit Drückebergerei und Simulation gleichzusetzen ist. Es gebe Menschen genug, und selbst im übrigen recht tüchtige und moralisch einwandfreie, deren Nervensystem für die Strapazen und Grauen des modernen Krieges schlechterdings nicht ausreiche, deren anfängliche seelische Schwungkraft den Gefahren, Greueln und Schrecken nicht standzuhalten vermöge, und mit deren innerem Halt es schließlich ganz vorbei sei, wenn eines Tages ein akuter Sturm auf die Nerven, wie bei einer Granatexplosion, hereinbreche. Dann flüchte sich die

erschöpfte Seele, im dunklen Gefühl unterliegen zu müssen, in die Krankheit, es trete in die Erscheinung, was man so landläufig Hysterie nenne. Im Vordergrunde ständen anfangs die augenfälligen Ausdrucksbewegungen des Schreckens und der Angst; nach ihrer Heilung bleibe es bei den mehr chronischen Symptomen der hypochondrischen Verzagtheit. Wohl verblaßten die Beschwerden je länger die Erkrankten den Anstrengungen und Schrecken des Krieges entzogen seien, aber ein wirksamer Rest, die Angst vor der erneuten Gefahr, das Grauen vor dem Kriege bleibe. So löste bei einem jungen Offizier eine noch so vorsichtige Erörterung der Wiederkehr seiner Dienstfähigkeit alsbald lautes Weinen und Jammern aus, und die Erinnerung an den Anblick toter Soldaten genügte, um ihn am ganzen Leibe erzittern zu lassen.

Angesichts solcher Erfahrungen verzichtet Gaupp — damit sei die praktische Seite der Sache gleich mit erledigt — nunmehr darauf, mit allen Mitteln die Wiederkehr der Felddienstfähigkeit und die Wiederaufnahme des Dienstes anzustreben. Im Hinblick auf die Tatsache, daß hysterische und psychopathische Menschen meist (nicht immer!) minderwertige Soldaten sind, hält er es für die wichtigste Pflicht des Neurologen und Psychiaters, das Reich von einer Anhäufung von geistigen Invaliden und lebenslänglichen Kriegsrentenempfängern zu schützen. Nun lehre die Erfahrung, daß die akuten Symptome der Kriegshysterie leicht zu heilen sind und leichter verschwinden, wenn die Angst vor der Wiederkehr des Kriegsungemachs wegfalle. Würden sie nun während des Krieges ausgemustert und ihrem bürgerlichen Berufe oder sonst einem militärischen Posten fern von der Front und sonstigem Ungemach überlassen, so würden sie praktisch sozial gesund und voll erwerbsfähig, während im anderen Falle, wenn sie von neuem zum Kriegsdienst herangezogen würden, die traumatische Hysterie während des Krieges nicht mehr heile, sondern bis zum Friedensschluß bestehen bleibe. Nach Friedensschluß aber, wo die Kriegsangst wegfiele, dafür aber die Kriegsrente für die „schwere Erkrankung im Felde" winke, fehle der starke Antrieb zur Wiederaufnahme der bürgerlichen Arbeit, und die Möglichkeit, die Hysterischen durch Arbeit von der Kriegshysterie zu befreien, sei erschwert.

Die Gefahr, daß die Kenntnis dieser Dinge eine verhängnisvolle Suggestivwirkung ausüben und ganze und halbe Simulation geradezu ins Kraut schießen lassen werde, erkennt Gaupp an, meint aber, daß eine gründliche Kenntnis der Neurosen die behandelnden Ärzte vor dieser Hochzüchtung schützen werde.

Neben diese im Felde selbst hysterisch Erkrankten stellt nun Gaupp eine andere ebenfalls nicht kleine Gruppe vorwiegend etwas älterer Männer und bisher ungedienter Soldaten (Landsturm ohne Waffe, Ersatzreserve), bei denen bald nach der Einstellung hysterische Symptome (namentlich sehr häufig Schütteltremor) auftreten und sich gegen jede Behandlung sehr hartnäckig erweisen. Auch hier sieht er als Ursachen solche seelischer Art an, die während der Dauer des Krieges resp. des militärischen Dienstes meist nicht zu beseitigen sind. Und zwar sei es hier weniger Angst und Schrecken als vielmehr die relative Insuffizienz des Willens gegenüber den

physischen und moralischen Anforderungen des Dienstes, manchmal auch allerhand Sorgen, Fehlen der richtigen seelischen Einstellung auf den Krieg u. dgl. Auch bei diesen motorischen Reizerscheinungen kommt es dann zu demselben Bild: Nach anfänglicher Besserung im Lazarett verstärken sich die Symptome wieder, wenn man die Leute zum Bataillon zurückschickt, so daß sie über kurz oder lang wieder in einem anderen Lazarett landen. Auch hier erweise sich denn die hysterische Psyche, solange der der Krieg dauert, stärker als die ärztliche Macht. Auch in diesen Fällen empfiehlt Gaupp Heranziehung zu richtiger Betätigung, sei es in ihrem Friedensberuf, sei es auf passenden Posten im militärischen Verwaltungsdienst, wobei eine Art militärisches Arbeitsnachweisbureau bei jedem stellvertretenden Generalkommando die richtige Verwendung dieser halbtauglichen nervösen Mannschaften erleichtern würde.

Ähnliche Erfahrungen, bei denen solche sei es bewußte, sei es unbewußte, auf das Fortbleiben vom Heer resp. der Front gerichtete Wünsche speziell auch bei Feldzugsteilnehmern zur Fixierung resp. Rezidivierung der allgemeinen nervösen Störungen führten, haben auch andere gemacht. Nonne hebt das ausdrücklich hervor und führt zudem noch eine Anzahl Kronzeugen aus dem Felde (Hasche-Klünder, Hauptmann, Otto u. a.) zur Bestätigung an.

Die Frage der Begehrungsvorstellungen in ihrer Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf dieser psychotraumatischen Störungen drängt sich, wie man sieht, wiederum auf, und es kann gesagt werden, daß sie immer noch nicht eindeutig beantwortet ist. Am weitgehendsten und entschiedensten, scheint mir, lehnt Oppenheim ihre Mitwirkung ab. Er betont nochmals — speziell bezüglich der traumatischen Neurose, die man — vorbehaltlich der noch gleich zu diskutierenden prinzipiellen Stellungnahme — im großen ganzen wohl mit diesen Kriegsneurosen, Kriegshysterien, Granatkontusionsneurosen usw. identifizieren darf —, daß bei ihr auf Grund der Erfahrungen der im Felde wirkenden Ärzte die Wirksamkeit von Wunsch- und Begehrungsvorstellungen meist ausgeschlossen sei, da die Störungen zu rasch und mit zu großer Urgewalt in die Erscheinung träten (was übrigens von Otto [vgl. Nonne] verneint wird). Des weiteren zeige ein genauer Einblick in das Seelenleben dieser Patienten — und gerade in den typischen Fällen, daß die Krankheitsvorstellungen nicht auf Krankheit und Invalidisierung, sondern auf die Genesung gerichtet seien und daß Verständnis und Bereitwilligkeit auf die Heilbestrebungen einzugehen ohne jenen passiven Widerstand vieler Hysterischer bestehe. Ebensowenig sei auch eine liebevolle Hingabe an die Erkrankung und Mangel an Energie sie abzuschütteln bei diesen Kriegsverletzten stark verbreitet, vielmehr spreche beispielsweise das Ansteigen des Pulses bei dem Versuche Lähmungen oder Contracturen zu überwinden, für eine starke Willensanstrengung. Schließlich sei bei der Kombination mit organischen Störungen nicht einzusehen, welches Interesse Patienten mit so deutlich ausgebildeten Leiden daran haben könnten, noch eine andere Krankheit hinzuzusimulieren (ein Ausdruck, welcher einigermaßen in solchem Zusammenhang überrascht, da der Streit doch wohl nur um das Bestehen und die Wirksamkeit mehr oder weniger bewußter resp. unbewußter

Begehrungsvorstellungen und ihre pathologischen Folgen geht, nicht aber um die Echtheit oder Vortäuschung der nervösen Phänomene).

Gegenüber dieser Oppenheimschen Auffassung, der sich Binswanger wenigstens insoweit anschließt, als er bei den Kriegshysterien im Gegensatz zu manchen Unfallhysterien einen ausgeprägten Willen zum Gesundwerden anerkennt, betont nun Bonhöffer, daß der unterbewußte Einfluß von Begehrungen und Wünschen in solchen Fällen meist durchsichtig und an dem Verhalten bei Besprechung der Frage der Rückkehr ins Feld oder bei dieser Rückkehr selbst an der phobieartigen Furcht vor den Kriegserinnerungen im Wachen, vor den Träumen im Schlafe genügend erkennbar sei und daß die lebhafte Äußerung des Wunsches, wieder ins Feld zu kommen, durchaus nicht gegen das Vorhandensein des entgegengesetzten Wunsches im Unterbewußtsein spräche. Ähnlich meint auch Forster, in diesen Fällen versteckten sich die pathogenetisch wirksamen Begehrungsvorstellungen oft hinter dem äußerlich betonten Wunsch wieder ins Feld zu wollen (Wunsch, gegen den eigenen Willen nach Hause geschickt zu werden). In analogem Sinne haben sich, wenn auch mehr auf die Fixierung als die Entstehung der Krankheitserscheinungen hinzielend, im Grunde ja auch Gaupp, Nonne und einzelne der von letzterem angeführten im Felde stehenden Autoren für die Wirksamkeit solcher Begehrungsvorstellungen ausgesprochen, eben das gleiche tun auch Cimbal und Engelen, und Redlich meint direkt, man könne die starke Ausprägung und Dauer derartiger nervöser Folgen eines Unfalls unter Umständen als Maßstab für die Kriegsmüdigkeit des Befallenen ansehen.

Immerhin darf man doch nicht übersehen, daß mancherlei bereits im vorigen Bericht mitgeteilte Erfahrungen ebenso wie manche neu hinzukommende (so etwa die von Hübner, wonach Hysterische, die sich durch Tapferkeit ausgezeichnet hatten und mit dem Eisernen Kreuz dekoriert worden waren, häufig unmittelbar im Anschluß an ihre Tat mit hysterischer Aphasie, Mutismus, Taubheit, Monoparesen zusammenbrachen), daß, sage ich, solche Erfahrungen vielmehr dafür sprechen, daß durchaus analoge Störungen auch ohne ätiologischen Anteil oder gar Hauptanteil dieser besondersartigen psychogenen Kräfte auftreten können. Theoretisch verständlich ist übrigens meines Erachtens die Entstehung psychogener Störungen ohne wirksame Wunschtendenzen lediglich aus der Affektwirkung heraus mindestens ebenso leicht wie mit solchen. Nach alledem wird man, wie ich meine, in dieser Frage wohl am richtigsten verfahren, wenn man sich überhaupt nicht prinzipiell und einseitig festlegt und weder behauptet, daß Begehrungsvorstellungen für die Entstehung dieser Störungen unumgänglich erforderlich sind, noch, daß sie unbedingt und in jedem Falle fehlen.

Nebenbei mag noch Erwähnung finden, daß Begehrungsvorstellungen im Anschluß an den Krieg nach Nonne unter Umständen auch eine akquirierte Neurose zu heilen vermöchten. So waren eine Anzahl früher wegen „Neurasthenie" pensionierter Militärpersonen auf eigenen Wunsch wiedereingestellt worden und hatten fast alle den recht anstrengenden Dienst ohne Schwierigkeit und ohne jede Krankmeldung verrichtet, wiewohl sie vorher zum Teil ganz ihrer Gesundheit gelebt hatten. Nonne hebt als wesentlich

hervor, daß sie durch diesen Wiedereintritt ihre Pension bedeutend erhöhen und gute Beförderungsaussichten haben.

Um die Frage der wirklichen Simulation in solchen Fällen nicht ganz zu übergehen, so sei kurz bemerkt, daß Oppenheim einen Simulationsversuch bei seinen Patienten verhältnismäßig selten angetroffen hat, dagegen ist Nonne ebenso wie andere mehrfach einem bewußten Wunsch nach Entschädigung begegnet (der freilich noch keine Simulation beweist). Eine psychische Infektion oder gar eine Krankheitsnachahmung oder -züchtung hat Oppenheim auch nicht beobachten können.

In therapeutischen Fragen steht natürlich das psychogene Moment im Vordergrund, dessen inneren Zusammenhang mit der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung dieser Krankheitsformen übrigens Mohr ausführlich darlegt. Die Bedeutung psychischer Beeinflussung bei Granatexplosionsneurosen betont u. a. Bittorf, der zum Teil ganz überraschende Erfolge erzielte. So heilte er einen Theologen durch den Hinweis auf die ethischen Pflichten seines Staudes u. dgl. in wenigen Stunden von einer monatelang bestehenden Stummheit, in einem anderen Fall einen Kopftremor durch Hervorhebung der Pflichten gegen die verwaisten Kinder, in wieder einem anderen eine mehrere Monate alte Taubstummheit durch suggestive Anwendung des faradischen Stromes bei gleichzeitiger Erklärung, daß nur eine Funktionshemmung vorliege u. a. m.

Die Hypnose empfiehlt Neutra auf Grund der Heilerfolge in seinen (früher erwähnten) Fällen von hysterischer Astasie-Abasie, die bei monatelanger Dauer den verschiedensten sonstigen Heilverfahren getrotzt hatten. Auch bei Gelenkversteifungen, die sich gegen physikalische Heilmittel refraktär erwiesen hatten, gelang es übrigens Neutra durch Wachsuggestion, d. h. gütliches Zureden unter gleichzeitiger Anwendung passiver Bewegung oft in einer Sitzung vollen Erfolg zu erzielen, Erfolge, die von Reimann bestätigt werden. Besonders auch Nonne hebt den prompten Erfolg und die schnellen und restlosen Heilungen durch Hypnose hervor. Auch er sah solche in Fällen, die vorher monatelang in den verschiedensten Lazaretten mit allen möglichen Mitteln erfolglos behandelt worden waren und dies nicht nur — worauf in seiner Bedeutung noch zurückzukommen sein wird — bei glatten hysterischen Lähmungen, sondern auch bei Oppenheims „Akinesia amnestica", bei Crampusneurosen usw. Auffallend häufig refraktär fand er im wesentlichen den organischen Lähmungen überlagerte lokalhysterische Symptome. Nach ihm geben die an blinden Gehorsam gewöhnten Soldaten besonders gute Medien ab. — Oppenheim steht übrigens den Nonneschen „Schnellheilungen" skeptisch gegenüber und bezweifelt nach den Erfahrungen des Friedens wenigstens die völlige und dauernde Heilung. — Ähnlich gute Resultate wie durch Hypnose sah Sänger auch bei Wachsuggestion.

Verschiedenartige Heilmittel zusammen (suggestive Behandlung durch Real- und Verbalsuggestion, methodische Anspannung der Aufmerksamkeit und Lenkung der Willensimpulse mit gymnastischen Übungen, Übungs- und Beschäftigungstherapie mit zweckvoller Arbeit) wendet Binswanger an und sah recht gute Heilerfolge selbst in verzweifelten

Fällen, die auch die Rückkehr zur Front überdauerten. Wollenberg betont speziell den Wert der Beschäftigung als Heilfaktor und empfiehlt in solchen Fällen Nervenheilstätten im Sinne von Möbius im Anschluß an die Lazarette (insbesondere landwirtschaftliche Kolonien).

Piotrowskis Erfahrungen weisen auf die Notwendigkeit einer klaren Individualisierung hin, insofern gewisse Fälle mit übergroßer Empfindlichkeit, außerordentlich leichter Ermüdbarkeit und geringer Leistungsfähigkeit die üblichen therapeutischen Praktiken schlecht vertrugen und vielmehr Bettruhe, gute Kost und Anwendung nur milder Reize erforderten. Er führt drei Fälle dieser Art an, Granatexplosionsneurosen, deren lange Dauer und langwierige zum Teil verschlimmernd wirkende Behandlung er auf die genannten Symptome zurückführt.

Nach Redlich sind im übrigen die therapeutischen Erfolge bei diesen Kriegsneurosen weniger dem therapeutischen Agens, als der Energie, ja selbst Rücksichtslosigkeit, mit der es in Anwendung gebracht wird, zuzuschreiben. Das Wesentliche dieser Behandlung liege in der disziplinaren Gewalt, die man infolge des militärischen Milieus über die Kranken besitze. —

Zum Schluß erscheint es noch nötig, auf die prinzipielle Frage nach der Existenz einer traumatischen Neurose einzugehen, nachdem diese durch Oppenheims scharfe Bejahung von neuem aufgeworfen worden ist und die Geister neu erhitzt hat. Als Grundlage muß Oppenheims auf Grund der gegenwärtigen Kriegserfahrung gegebene Darstellung der traumatischen Neurosen dienen, die, wenigstens soweit ihre ätiologische, symptomatologische und pathogenetische Seite in Betracht kommt, hier ausführlich wieder gegeben sei. Die von Oppenheim immerhin angeschnittene Frage der Echtheit der betreffenden Krankheitserscheinungen (die niemand bezweifelt), und der Simulation (die niemand behauptet) kann glatt übergangen, die nach der Wirksamkeit von Begehrungsvorstellungen, die Oppenheim so entschieden negiert, im Hinblick auf die bereits erfolgten Erörterungen wenigstens mit möglichster Kürze erledigt werden.

Oppenheims Erfahrungen ergeben zunächst bezüglich der Disposition die schon ähnlich vorher von ihm vertretene Anschauung, daß die schweren Kriegstraumen auch bei bis da gesunden, nicht belasteten Menschen Neurosen hervorbringen können, bezüglich der Ätiologie, daß als wirksame Schädlichkeiten mechanische, seelische und gemischte in Betracht kommen. Hinsichtlich der Symptome und Symptomenkomplexe, „auf welche die Bezeichnung der traumatischen Neurose angewandt werden kann“ kommt Oppenheim nun zu dem Ergebnis, daß das Krankheitsbild selten einem der reinen Typen der bekannten wohlabgegrenzten Neurosen entspreche, weit häufiger vielmehr eine Mischform darstelle. Im Vordergrunde ständen die Erscheinungen der Neurasthenie (also Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Schwäche, Reizbarkeit, kardiovasculäre, sekretorische, auch leichte Temperaturerhöhungen, von objektiven vor allem auch Steigerung der Sehnenphänomene und fibrilläres Zittern). In einer weiteren nicht geringen Zahl der Fälle entspreche die Symptomatologie in ihren wesentlichen oder in dem vorherrschenden Symptom der Hysterie (mit den Formen der Aphonie, des Mutismus,

der Abasie, der Extremitätenlähmung, der Hemianästhesie, sensorischen Anästhesie usw. als Kern), doch ließen die mit diesen Lähmungen behafteten Individuen recht oft gewisse typisch hysterische Eigenheiten vermissen (so im allgemeinen das hysterische Wesen, den hysterischen Charakter, so speziell an den Lähmungen das charakteristische Gepräge des psychogenen Ursprungs, die Anenergie, die Inkonstanz, die Erscheinung, daß nur die bewußt willkürliche Innervation aufgehoben sei, während automatisch, gewohnheitsmäßig, im Affekt, bei Ablenkung der Aufmerksamkeit usw. dieselben Muskeln angespannt würden). Dazu kämen dann noch gewisse nicht hysterische und nicht epileptische Krampfformen. Abgesehen von dem auffallend geringen Prozentsatz von Fällen, in denen die Hysterie ihre charakteristische Physiognomie zeige, mache sie nun aber fast bei keinem der Patienten das ganze Wesen der Krankheit aus, sondern verbinde sich vielmehr fast immer mit den Erscheinungen der Neurasthenie (daher auch nur die als hysterisch gedeuteten Symptome, nicht aber das Gesamtleiden suggestiv zu beheben war).

Zu diesen Neurasthenien und Kombinationen von Hysterie und Neurasthenie, in die sich die Mehrheit der Fälle von Kriegsneurose einreihen ließen, kämen nun häufig der Tic, die Crampi musculorum und verschiedene Formen des Zitterns als besondere Symptome nicht hysterischen Ursprungs hinzu, insofern ihnen die Abhängigkeit vom Vorstellungsleben des Kranken und die suggestive Beeinflußbarkeit fehlten, mochte auch eine seelische Erschütterung bei der Genese in einzelnen Fällen, z. B. bei der Crampusneurose im Anschluß an eine Granatexplosion, eine Rolle gespielt haben. In diesen Erscheinungen sieht nun Oppenheim (ebenso wie in der sog. „pseudospastischen Parese mit Tremor", die sich wohl im wesentlichen mit der Crampusneurose decke und zutreffender als „Innervationsspasmus mit Tremor" bezeichnet würde), eben kein hysterisches Phänomen, sondern eine Ausdrucksform einer allgemeinen, bei den traumatischen Neurosen öfter zu findenden Bewegungsstörung, einer Akinesia amnestica, bei der die Erinnerung für die zur Ausführung einer zweckmäßigen Bewegung notwendige Verteilung der motorischen Impulse verlorengegangen sei.

Diese Art Innervationsstörung habe nun eine besondere Pathogenese: Sie könne zwar gelegentlich, wenigstens vorübergehend, bewußt vorgetäuscht werden, sie könne auch auf psychogenem Wege entstehen, aber Oppenheims zuletzt gewonnene Erfahrungen deuten auf eine andere Entstehung hin, bei der noch zwischen einem allerdings wohl ineinander übergehenden zentralen und peripherischen Entstehungsmodus zu unterscheiden sei. Einerseits könne die seelische Erschütterung, der Schreck, das Grauen bei großen Katastrophen, bei dem Einschlagen von Granaten in der Nähe usw. diese Bewegungsstörung, diese Schrecklähmung unmittelbar im Gefolge haben, andererseits entstehe dieselbe im Anschluß an Schußverletzungen der peripheren Nerven. In beiden Fällen dringe die Erregung, welche die Lähmung bzw. Innervationsstörung veranlasse, auf dem Wege zentripetaler, in ersterem Falle sensorischer Nerven (Acusticus, Opticus), in das Gehirn hinein, und rufe eine mikroskopisch nicht faßbare Betriebsstörung in dem zentralen Innervationsmechanismus hervor, die zwar auf keiner definitiven Zerstörung

irgendwelcher Nervengebilde beruhe, aber auf jeden Fall Leitungshindernisse für die motorischen Impulse schaffe und sowohl die Intensität wie die Extensität der Muskeltätigkeit und die Aufeinanderfolge der einzelnen Bewegungsimpulse betreffe.

Bezüglich des Verhältnisses dieser Störung zur Hysterie meint Oppenheim, daß der Vorgang zwar, wie gesagt, nichts mit dieser letzteren zu tun habe, es aber doch nicht auszuschließen sei, daß die hysterische Disposition das Zustandekommen der Zustände begünstige und die hysterische Willenschwäche ihre Rückbildung erschwere. Im übrigen gelinge es durch Übung, durch wiederholte Auslösung der zentralen Impulse unter Hinweis auf die Fehler der Innervation usw. meistens früher oder später eine Besserung oder Heilung herbeizuführen, während umgekehrt der mangelnde Genesungswunsch und -wille und die Überzeugung des Unvermögens und der Unheilbarkeit diese erschwere.

Neben dieser Akinesia amnestica hat dann Oppenheim noch eine andere Form nicht organischer Lähmung, eine Reflexlähmung beobachtet, deren Zustandekommen so zu deuten sei, daß der von dem verletzten Glied ausgehende Reiz unter uns unbekannten Bedingungen, die vordere graue Substanz so beeinflusse, daß sie für die ihr vom Gehirn zufließenden Impulse gesperrt werde.

Danach ist also nach Oppenheim mit der Bezeichnung traumatische Hysterie die Lehre von den traumatischen Neurosen nichts weniger als erschöpft, nicht hysterische Neurosen und bisher wenig bekannte Lähmungsformen spielten hier eine mindestens ebenso bedeutende Rolle, und zugleich sei der Nachweis erbracht, daß es Krankheitszustände gebe, die trotz aller Opposition der verflossenen Jahre die Bezeichnung traumatische Neurose mit Recht führten. — Diesen Standpunkt faßt dann Oppenheim noch einmal in einer späteren Darlegung zusammen: Geringe Zahl der reinen Hysterien unter den traumatischen Neurosen des Feldzugs, Häufigkeit der Neurasthenie und vor allem der Kombination von Hysterie und Neurasthenie, dazu dann Symptome und Symptomenkomplexe, die in diesen Rahmen nicht recht hereinpaßten, vielmehr erst durch die Erschütterungstheorie erklärt würden, nach welcher sowohl das zentral wie das peripher angreifende Trauma nicht anatomisch, aber physikalisch entstehende Veränderungen erzeugen könne.

Es sei gestattet vor einem Eingehen auf die speziellen Einwände der Gegner ganz allgemein und sogar unter Heranziehung einiger Selbstverständlichkeiten zu dieser Krankheitsaufstellung Oppenheims Stellung zu nehmen. Vorweg darf wohl darauf hingewiesen werden, daß die traumatischen Neurosen im allgemeinen doch wohl nicht einfach mit der traumatischen Hysterie identifiziert werden, sondern daß vielmehr das Vorkommen traumatisch-neurasthenischer und insbesondere hystero-neurasthenischer Krankheitsbilder ziemlich allgemein anerkannt wird; sodann, daß jene „Hysterie"fälle mit Fehlen gewisser als typisch hysterisch geltenden Eigentümlichkeiten (insbesondere also des hysterischen Wesens, der Abhängigkeit die Krankheitserscheinungen von Vorstellungen und deren suggestiver Beeinflußbarkeit) noch nichts Besonderes darstellen, wenn man sie ins Gebiet

der psychogenen Störungen im allgemeinen rechnet und sich bewußt bleibt, daß dieses, wie ich in früheren Arbeiten ausgeführt habe[1]), viel weiter gefaßt werden muß, als das der Hysterie.

Wesentlicher ist nun aber folgendes. Wenn der Streit um die traumatische Neurose überhaupt einen Sinn haben soll, so kann er natürlich nur darum gehen, ob diese Erkrankung eine Krankheitsform von besonderer eigener Art, von spezifischem von dem anderer Krankheitstypen abweichenden Entstehungsmechanismus und Wesen ist oder nicht. Denn faßte man unter dieser Bezeichnung einfach die verschiedensten bereits anerkannten Neurosen zusammen, sofern sie nur traumatisch ausgelöst werden können, so würde man vielleicht etwas praktisch Brauchbares, ganz gewiß aber nichts wissenschaftlich Eigenartiges und Neues gewinnen. Sieht man nun daraufhin Oppenheims eigene Darstellung an, so fällt ohne weiteres auf, daß es zunächst die bekannten Krankheitsbilder der Hysterie, Neurasthenie, und der Kombination von Neurasthenie und Hysterie sind, auf welche nach Oppenheim „die Bezeichnung der traumatischen Neurose angewandt werden kann". Will man nun nicht annehmen — und dazu liegt zunächst wenigstens kein Grund vor — daß diese im Rahmen der traumatischen Neurose gegebenen Krankheitsbilder nur äußerlich mit den entsprechenden bekannten Typen übereinstimmen, in Wirklichkeit aber in Wesen und Entstehungsart völlig von ihnen verschieden und daher trotz äußerer Gleichheit prinzipiell von ihnen zu trennen sind, so wird man vorerst zu dem Schluß kommen müssen, daß Oppenheims traumatische Neurose weder etwas Einheitliches darstellt — denn sie umfaßt verschiedenartige Krankheitsformen — noch etwas Spezifisches — denn sie umfaßt keine ihr allein zukommenden, sondern aus anderen klinischen Beziehungen her bekannte andere Krankheitstypen.

Nun stellt Oppenheim allerdings außer diesen — in Wesen und Entstehungsart mit sonst bekannten übereinstimmenden — Erscheinungsformen der traumatischen Neurose noch weitere von andersartigem und gegenüber den sonstigen Neurosen abweichendem Wesen und Grundlage auf, für die er eine durch ein zentrales oder peripheres Trauma herbeigeführte besondersartige pathologische Veränderung, eine molekulare betriebsstörende Veränderung von nicht anatomischem Charakter in Anspruch nimmt. Es läßt sich nicht ableugnen, daß damit etwas Neues, ein neuer und spezifischer Krankheitstypus gegeben wäre, der wegen seiner spezifisch traumatischen Entstehung sehr wohl — und eigentlich allein — die Sonderbezeichnung einer traumatischen Neurose verdienen würde. Während also die oben erwähnten Bilder a priori erledigt sind, würde hier der Hauptpunkt sein, wo die Kritik einzusetzen hätte, und mit dessen Anerkennung oder Ablehnung die Oppenheimsche Lehre stehen oder fallen würde.

Gehe ich nun auf in die der Literatur gegen die traumatische Neurose erhobenen Einwände ein, so kann einer ohne weiteres für eine klinisch-wissenschaftliche Betrachtung als abgetan gelten: der praktische. Eine Anzahl Autoren, Nonne, Cimbal, Sänger u. a., lehnen die traumatische

[1]) Birnbaum, Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. O. Bd. 1 und 7.

Neurose schon im Hinblick auf die bekannten Erfahrungen an Unfall- und Rentenneurotikern ab, nicht ohne dieser Begründung einen zum Teil ungemeinen drastischen Ausdruck zu geben. Da ist von der Irrlehre von der traumatischen Neurose die Rede, durch die einflußreiche Kreise unserer Fachkollegen dem deutschen Volke die Last tausender Arbeitsunlustiger auferlegt hätten, da wird der Wunsch ausgesprochen, daß uns eine spezifische Kriegsneurose wie früher die unglückselige traumatische Neurose erspart bleiben möge, da sie ein wissenschaftliches und soziales Unglück wäre und ähnliches mehr. Nun ich meine: Entweder gibt es eine funktionelle Nervenstörung eigener Art und spezifisch traumatischen Ursprungs, dann ist es nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht der Wissenschaft, das Ding beim richtigen Namen zu nennen ohne Rücksicht auf die praktischen Konsequenzen, meinetwegen aber auch mit dem gleichzeitigen Hinweis, daß eine unbedachte Popularisierung dieser Erfahrung Schaden angerichtet habe und anrichten könne. Oder aber es existiert eine solche Neurose nicht, dann ist dieser Krankheitsbegriff eben aus wissenschaftlichen Gründen — und nur aus diesen — abzulehnen. Mehr als die Warnung, in der Praxis, zumal in der gutachtlichen, bei Erörterung dieser Frage vorsichtig zu sein, darf man also meines Erachtens aus diesen praktischen Bedenken nicht entnehmen.

Was nun die eigentlichen Einwände, die wissenschaftlichen, angeht, so darf man eine Gruppe wohl dahin zusammenfassen, daß im Gegensatz zu Oppenheims Auffassung in der traumatischen Neurose einfach eine psychogene, durch die Mitwirkung von Begehrungsvorstellungen gekennzeichnete Erkrankung nervös resp. psychopathisch Disponierter gesehen wird, oder auch, von einem anderen klinischen Gesichtspunkt betrachtet, daß sie als Reaktion eines Psychopathen auf den Unfall und die daran geknüpften Begehrungsvorstellungen gilt. Eine Anschauung, die also der bekannten Sachsschen Definition der Unfallneurose sehr nahe kommt, wonach die letztere „die Reaktion des Degenerierten auf einen zur Rente berechtigenden Unfall auf Grund der in der Volksseele gebildeten Gedankenrichtung“ bildet. Cimbal drückt sich sogar ähnlich aus. Er nennt das Krankheitsbild, das er übrigens bei Neueingestellten viel häufiger als bei Kriegsteilnehmern fand, direkt die Reaktion gewisser nervöser Konstitutionen auf die ärztliche Beobachtung und auf die affektive Spannung durch unterdrückte Begehrungsvorstellungen (wobei mir nur die Notwendigkeit des Adjektiv: „unterdrückt“ nicht klar dargetan erscheint), und Bonhöffers Hinweis, daß sich auch bei dieser Gruppe der Nachweis der psychopathischen Konstitution erbringen lasse und der unterbewußte[1]) Einfluß von Begehrungen und Wünschen meist durchsichtig sei, läßt zum mindesten (ebenso wie ein analoger Einwand Forsters) eine ähnliche Auffassung vermuten[2]).

---

[1]) Sollte Cimbals „unterdrückt“ sich im wesentlichen mit diesem „unterbewußt“ decken?

[2]) Forster bezweifelt außerdem noch die Einheitlichkeit des Materials bei Oppenheims einheitlicher Unfallneurose, in der er Degenerierte der verschiedensten Art, Hysterische, Epileptoide usw. vermutet. Man darf wohl bei einem Forscher von der Bedeutung Oppenheims ohne weiteres schärfste Kritik bei der Auslese des Materials für einen von neuem zu begründenden Krankheitstypus voraussetzen.

Ich glaube, diese Einwände würden nur einen Teil, nicht die Gesamtheit der hier in Betracht kommenden Fälle angehen. Nach den bereits feststehenden zum Teil sehr exakten Kriegserfahrungen (Binswanger, Nonne u. a.) wird man eine psychopathische Disposition und die Mitwirkung mehr oder weniger unbewußter Begehrungstendenzen nicht mehr als unumgängliche Voraussetzungen für die Entstehung solcher traumatischer Kriegsneurosen ansehen können. Die Frage ihres im wesentlichen psychogenen Charakters wird freilich von solchen Erfahrungen nicht berührt.

Sänger macht speziell in gewisser symptomatologischer Beziehung Einwände gegen Oppenheims Standpunkt geltend. Für die Intensität der Schmerzen bei Schußverletzungen peripherer Nerven, die Oppenheim ja auch aus seiner Erschütterungstheorie heraus erklärt, zieht er vor allem auch die Individualität des Verletzten, die Zugehörigkeit zu verschiedenen Stämmen heran (die aus Holstein, Mecklenburg, Hamburg stammenden Verwundeten seien weniger schmerzempfindlich als die aus Sachsen, Ost- und Westpreußen und den polnischen Provinzen). Auch die These von der Kombination der Nervenverletzungen mit psychisch-vasomotorischen Störungen, so z. B. der auffallend häufigen Schlaflosigkeit, vermag er weder in bezug auf das Vorkommen wie die Deutung bestätigen. Schlaflosigkeit finde sich auch bei den nicht nervösen Wunden. Es seien eben nicht molekular bedingte Symptome, sondern psychische Begleiterscheinungen bei Disponierten, bei denen Kriegsstrapazen, Blutverlust, Bewußtsein der Invalidität usw. eine große Rolle spielten.

Nonne wendet sich speziell gegen den spezifisch traumatischen Ursprung und die hypothetische Grundlage.

Er zeigt zunächst an der Hand von Fällen, daß diese traumatische Neurose auch ohne somatisches Trauma zustande kommt. (Wenn ich es recht übersehe, ist allerdings auch für Oppenheim ein körperliches Trauma durchaus nicht conditio sine qua non für das Auftreten dieser Störungen. Oppenheim läßt ätiologisch auch seelische Erschütterungen gelten, nur daß er ihre Wirkungen nicht im Sinne der Lehre von der Psychogenie, sondern seiner molekularen Erschütterungstheorie deutet.)

Des weiteren — und das scheint mir ein wesentlicherer Punkt — weist Nonne darauf hin, daß man angesichts der plötzlichen Heilungen, insbesondere durch suggestive Therapie, die auch solche Fälle betreffen, welche wie die Crampusneurose, aber auch die vasomotorischen Störungen von Oppenheim besonders für seine traumatische Neurose in Anspruch genommen und im Sinne seiner Molekularhypothese verwertet werden, daß man also angesichts solcher plötzlichen (und was wohl noch besondere Betonung verdient: psychisch vermittelten Ref.) Heilungen nicht feinste organische Veränderungen bei diesen Fällen annehmen könne. Im übrigen betont Nonne auch noch, und das ist speziell im Hinblick auf die „ganz hervorragende Rolle“ interessant, die Oppenheim den traumatischen Neurosen in diesem Feldzug zuerkennt, die Seltenheit dessen, was man früher als „traumatische Neurose“ bezeichnete. Nach seinem Material kamen noch nicht zwei Fälle auf 1000 Verletzte und analoge Erfahrungen wurden

ihm aus dem Felde von Fachkollegen und anderen Ärzten mitgeteilt (Fründ, Hasche-Klünder, Stertz, Hauptmann, Boström, Fleischmann u. a.) Auch dies ließe sich meines Erachtens bis zu einem gewissen Grade gegen Oppenheims Auffassung verwerten, wenn trotz zahlreicher schwerer Verletzungen die von ihnen ausgehende Reiz- und Erschütterungswelle so selten wirksam wird.

Nach alledem erkennt Nonne nach den Kriegserfahrungen eine durch ein körperliches oder psychisches Trauma (oder beide zusammen) bedingte charakteristische spezifische Neurose nicht an und sieht in der traumatischen Neurose wie bisher — mit Bruns — lediglich eine praktische Einheit, die durch die Mischung von Zügen aus allen anderen Neurosen mit Vorherrschen des hypochondrischen Zugs gekennzeichnet ist.

Rückblickend wird man also in dieser, von manchen Seiten mit eigentümlichem Affekt beladenen Frage sagen müssen, daß eine traumatische Neurose in dem Sinne, in dem sie allein Sinn und Bedeutung hat, also als eine durch die spezifischen Wirkungen eines körperlichen Traumas zustande gekommene Neurose mit spezifischen ihr allein zukommenden und sie von anderen unterscheidenden Symptomen zum mindesten noch nicht erwiesen ist. Die von Oppenheim anerkannten neurasthenischen, hysterischen und hysteroneurasthenischen Bilder sind überhaupt keine spezifisch traumatischen Erscheinungen und gegen die von ihm herausgehobenen molekularen Erschütterungssymptome, die an sich solche wären, lassen sich gewichtige Gegengründe geltend machen. Auf der anderen Seite ist aber auch eine Auffassung als eine zu enge abzulehnen, die in diesen traumatisch-neurotischen Bildern des Krieges lediglich durch Begehrungsvorstellungen ausgelöste psychogene Erscheinungen bei psychopathisch Disponierten sieht. Daß diese „traumatische Neurose“ aber vorzugsweise psychogene Störungen (psychisch ausgelöste im weitesten Sinne, durchaus nicht identisch mit hysterischen!) umfaßt, erscheint mir noch das sicherste Ergebnis dieser Erörterungen.

An Stelle eines abschließenden Überblicks über die Gesamtheit der auf dem Gebiet der Psychogenie nunmehr gewonnenen Erfahrungen, sei es gestattet, nur auf einige wichtigere Punkte hinzuweisen, die wohl als halbwegs sichere Resultate der bisherigen Beobachtungen eine solche Heraushebung verdienen.

Wenn man — wie es mir scheint, nunmehr mit vollem Recht — annehmen darf, daß psychische Erschütterungen auch ohne pathologische Belastung und Veranlagung ausreichen, um eine psychogene Störung hervorzurufen, so wird man die Eigenart der so entstandenen Störungen naturgemäß nicht aus inneren Faktoren der dispositionellen Eigenart, der spezifischen Krankheitsbereitschaft des Betroffenen heraus erklären können, als vielmehr aus der Art und Intensität des verursachenden äußeren Reizes, resp. der sonstigen mit dem Affektstoß gegebenen äußeren Momente. Das hat man für jene wohl wichtigste und häufigste Gruppe psychogener Erscheinungen auch bereits getan, die man als pathologische Affektfixierungen angesprochen hat (Bonhöffer u. a.). Aus diesen emotio-

nellen Reizwirkungen läßt sich ja nun in der Tat eine ganze Anzahl insbesondere körperlicher Reiz und Ausfallsphänomene, das Zittern, die Lähmung der Sprache, der Glieder usw. ungezwungen ableiten, aber doch bei weitem nicht alles, was sich überhaupt symptomatologisch im Bereich dieser psychogenen Störungen findet. Schon die Taubheit oder Schwerhörigkeit bei den Granatexplosionsneurosen, um ein ganz naheliegendes Beispiel zu wählen, ist doch wohl nicht gut als fixierte Affektreaktion zu deuten. Hier liegt eine andere Deutung nahe. Zange hat sie bereits bei den psychogenen Hörstörungen gegeben. Eine zur Zeit des Affektshocks besonders in Anspruch genommene Funktion erfährt eine Dauerstörung. Das ist eine weitere Möglichkeit, aber auch noch nicht die letzte. In anderen Fällen finden wir, daß Funktionen, auf die zur Zeit des Insultes das Bewußtsein, insbesondere die Aufmerksamkeit gerichtet war (Binswanger) oder auf die Gefühlserregungen, angstvolle Besorgnisse oder hypochondrische Befürchtungen, vielleicht auch gewisse Wünsche und hoffnungsvolle Erwartungen hingelenkt waren, sich in derartigen psychogenen Phänomenen realisierten und fixierten. Oder aber wir sehen, insbesondere auf psychischem Gebiete, daß zur Zeit des Affektshocks und meist mit dem affektvollen Erlebnis selbst gegebene erschütternde Eindrücke aller Art, insbesondere also Bestandteile des affektvollen Erlebnisses selbst, aber auch daran geknüpfte stark affektbetonte innere Vorgänge, Befürchtungen usw. sich in pathologischer Form fixieren, sich, sei es in Zwangserscheinungen aller Art (Zwangserinnerungen, Phobien usw.), sei es in Überwertigkeitserscheinungen, sei es in halluzinatorischen und deliriösen Phänomenen oder sonst wie immer zu dauerhafter Nachwirkung niederschlagen u. a. m. Man wird also hiernach weitergehen und ganz allgemein sagen müssen: Die durch einen starken Affektstoß ohne dispositionelles Entgegenkommen hervorgerufenen psychogenen Störungen sind vorzugsweise dadurch charakterisiert, daß sie pathologische Fixierungen der körperlichen und seelischen Bestandteile oder Begleiterscheinungen des Shockerlebnisses, resp. pathologische Realisierungen derselben darstellen.

Ohne weiteres ist es nun verständlich, daß die Symptomatologie bei bestehender psychogener Disposition (mag diese nun sein, welche sie wolle, eine allgemeine neuro- und psychopathische oder eine spezifische „hysteropathische" oder endlich eine ganz unbestimmte, wie etwa nach Röper schwächliche, infantile, geistig wenig widerstandsfähige Kriegsfreiwillige analog Kraepelins hilflosen jungen Dienstmädchen zu hysterischen Störungen prädisponiert sind), daß, sage ich, der Symptomenkreis der psychogenen Störungen bei bestehender Dispositon infolge der Mannigfaltigkeit und Verschiedenartigkeit der endogen vorgebildeten Mechanismen eben auch entsprechend vielgestaltiger und komplizierter sich gestalten kann als bei jenen anderen lediglich durch die äußeren Momente determinierten und daher in ihren Gestaltungsformen beschränkten psychogenen Störungen. Daraus würde sich ohne weiteres die von einzelnen Autoren (z. B. Zange, Sänger) hervorgehobene Tatsache erklären, daß monosymptomatische Hysterie vorzugsweise bei nicht Disponierten vorkäme, und es würden sich dann also aus der Art und Zusammengesetztheit der Krank-

heitsbilder in dieser Hinsicht differentialdiagnostische Hinweise ergeben. Auf der anderen Seite ist nun aber nicht zu verkennen, daß die oben gekennzeichneten psychogenen Hauptphänomene der Nichtdisponierten, die Affekt- und sonstigen Fixierungen und Realisierungen speziell auch bei hysteropathisch oder sonstwie Disponierten anzutreffen sind — Binswanger betont bezeichnenderweise, daß die Kriegshysterien mit und ohne Disposition sich symptomatologisch nicht unterschieden — und so wird man denn, da in diesen Fällen die Phänomene auch bei geringfügigen Anlässen ohne besondere Affekterschütterungen auftreten können, in der allgemeinen Tendenz zu der geschilderten Dauerfestlegung und Realisierung der körperlichen nnd seelischen Begleiterscheinungen der wirksamen Erlebnisse zugleich ein Charakteristicum der hysterischen oder — allgemeiner gefaßt — der psychogenen Disposition sehen dürfen.

Es ist hier nun nicht der Ort auf alle weiteren Fragen einzugehen, die sich bezüglich der Mechanismen und des Wesens der psychogenen Störungen an diese Kriegserfahrungen knüpfen, es wird sich an anderer Stelle noch Gelegenheit finden, diese ausführlich und systematisch zu entwickeln, nur auf einen, wie mir scheint, pathogenetisch bedeutsamen Punkt sei hier wenigstens hingewiesen. Binswanger bemerkt für gewisse typisch hysterische Symptome seiner Kriegshysterien, daß sie weder durch die Wirksamkeit von aktuellen oder latenten Vorstellungen noch von Gefühlserregungen im allgemeinen erklärt werden könnten, und Nonne betont speziell bezüglich der Schreckneurose, daß diese auch ohne Schreckwirkung zur Ausbildung gelangen können. Also Krankheitsbilder und -formen, die als typisch psychogen gelten und doch nicht ideogenen oder thymogenen Ursprungs zu sein brauchen. Hier stecken noch ungelöste klinische Probleme. Sollte von hier aus vielleicht eine Annäherung an Oppenheims Standpunkt möglich sein?

Sonstige funktionelle nervöse Störungen.

Einige nervöse Störungen, über deren klinische Stellung sich streiten läßt, seien hier angeschlossen.

Erscheinungen von Nachtblindheit sind wiederholt im Felde beobachtet. Spiro erwähnt 28 Fälle und zwar sämtlich, mit einer Ausnahme, ohne Netzhautveränderungen und mit sonst völlig normalem Augenbefund sowie — mit wieder einer Ausnahme — normalem Gesichtsfeld. Ihnen lagen Erschöpfungszustände des Nervensystems zugrunde, wie denn auch in fast allen Fällen eine Erholungszeit von 2—3 Wochen genügte, um die Beschwerden zu beseitigen. Es handelte sich dabei um Truppen, die lange Zeit im Stellungskampfe waren. Die Fälle häuften sich von Mitte Dezember 1914 und hörten später, anscheinend durch Gewöhnung an den Stellungskrieg fast ganz auf.

Ähnliche Fälle von Hemeralopie (12) — sämtlich Infanteristen, die Dienst im Schützengraben getan und längere Zeit schon im Felde waren — sah auch Zade. Auch sie hatten früher nie ähnliches an sich beobachtet und boten objektiv auch keine Lichtsinnstörung. In zwei Fällen trat die Herabsetzung des Dämmerungssehens anfallsweise mit leichtem Schwindelgefühl

und Kopfschmerz auf. Zade führt die Fälle ganz allgemein auf eine Störung des Allgemeinzustandes zurück und glaubt sie am nächsten den Fällen stellen zu dürfen, wo der Zustand als Folge der Unterernährung auftritt, wiewohl eine solche hier nicht vorlag. Eher, meint er, ließe sich an eine Einseitigkeit der Kost denken. Neben Erschöpfung zieht er noch psychische Alteration als Ursache in Frage. In zwei Fällen waren sichere Zeichen von Hysterie vorhanden. In einem Fall war angegeben, daß jedesmal ein gewisser Angstzustand auftrat, wenn im Dunkeln marschiert werden mußte. Zade denkt daher speziell an kurzdauernde depressive Zustände, wie sie der lange Aufenthalt im Dunkeln und das viele Eigenartige des Stellungskampfes mit sich bringe (über die aber bisher von sonstigen ärztlichen Feldzugsteilnehmern noch nichts mitgeteilt worden ist. Ref.). Bei allen Kranken fiel außerdem die Gesichtsblässe und der graugelbe Ton der Gesichtshaut auf.

Auch Birch-Hirschfeld erwähnt solche Fälle mit zum Teil normalem Augenbefund. In anderen bestanden allerdings sicher vor dem Kriege schon vorhandene periphere Aderhautveränderungen. Neben allgemeinen schwächenden Einflüssen hatten hier mehrfach Blendungen bei der Entstehung mitgewirkt. — Fälle von Schneeblendung hat Birch-Hirschfeld nicht beobachtet. Von sonstigen nervösen Augenstörungen sah er solche in Form akkomodativer und muskulärer Asthenopie und von Flimmerskotomen.

Fälle von plötzlich aufgetretener echter Enuresis bei Soldaten im Felde sah Böhme. Sie betrafen meist Individuen, die in der Kindheit an Enuresis nocturna gelitten hatten (analog gelegentlichen Erfahrungen bei jungen Arbeitern und Lehrlingen). Sämtliche Störungen standen in unmittelbarem Zusammenhang mit intensiver Kälteeinwirkung, so daß man nach Böhme annehmen muß, daß intensive äußere Reize, insbesondere Kältereize unter bestimmten Verhältnissen eine im Kindesalter vorhanden gewesene Enuresis wieder auszulösen vermögen.

Trömner erwähnt im übrigen die Kombination von Enuresis mit körperlichen Mißbildungen (Entwicklungsstörungen) bei zwei Soldaten.

Eine Vagusneurose infolge dauernder Vagusreizung durch eine dem Vagus und dem Herzen infolge Brustschuß (ohne Herzverletzung) aufliegende Kugel erwähnt Krauss. Nach der Heilung blieben Herzklopfen, Anfälle von Arhythmie mit geringer Pulsfrequenz, Bi- und Trigeminie zurück. Infolge Ermüdung des Vagus kam es zu normaler Pulsfrequenz.

Als Ausdruck einer Neurose bezeichnet Hasebrock die Fußbeschwerden bei dem unter den Kriegsstrapazen zu stande gekommenen „Pes tensus dolorosus“, dem atavistischen Spannungsfuß, einer durch Muskelspannung bedingten Stellungs- und Konfigurationsanomalie des Fußes von der Art des Hohlklauenfußes und des Pes equinovarus.

Als Kommotionsneurose kennzeichnet Sänger den Fall eines 27jährigen Musketiers, der einen Einschuß am Hinterkopf erhalten, angeblich lange bewußtlos gewesen und lange und viel gebrochen hatte, und dem ein Granatsplitter entfernt worden sein soll. 14 Tage später im Krankenhaus klagte er über außerordentlich starke Kopfschmerzen bei jeder Bewegung,

über Schlaflosigkeit und die Erscheinungen nervöser Asthenopie. Außer ganz leichten nystagmischen Bewegungen beider Bulbi und Herabsetzung des linksseitigen Hörvermögens bestand keine objektive Abweichung von der Norm. Wegen hochgradiger Zunahme der subjektiven Beschwerden Revision der inzwischen geheilten Wunde mit geringem Resultat. Weitere Beobachtung, bei der vielfach über Schmerzen im Körper geklagt wurde, ergab, daß lediglich funktionelle Störungen analog einer Kommotionsneurose vorlagen. Patient verließ beschwerdefrei das Lazarett.

In diesem Zusammenhang mögen noch einige Erfahrungen bezüglich nervöser Folgeerscheinungen nach Kopfverletzungen kurz angeführt werden. Nach Marburg boten Streifschüsse des Schädels mit bloßer Hautdurchtrennung ohne Schädelverletzung klinisch vielfach die Erscheinungen der Schrapnellneurose und Granatkontusion, d. h. initiale Bewußtlosigkeit mit kurzdauernder Amnesie für einige Tage, etwas apathisches Wesen, Klagen über Kopfschmerz deutliche Pulsverlangsamung, mitunter auch etwas Übelkeit. Unter ruhiger Bettbehandlung trat nach 8—14 Tagen gewöhnlich Besserung ein. Als Folgezustände von Streifschüssen fand sich auch das Bild der einfachen Neurasthenie mit hypochondrischem Einschlag. Jolly erwähnt, daß in leichten Fällen nach Kopfschüssen nur allgemeine Symptome: Klagen über Kopfschmerzen, Aufgeregtheit, auch öfter Schwindelanfälle bestanden. Selbst nach Durchschüssen kamen solche leichte Fälle vor. Ohne Ausnahme trat wieder Dienstfähigkeit ein. — Dem entspricht übrigens auch der relativ günstige Ausgang, wie er gelegentlich bei schweren Kriegsverletzungen betont wird. So hebt Redlich hervor, daß nach schweren Verletzungen zwar nicht selten noch einige Zeit nervöse Erscheinungen — am häufigsten z. B. nach Schädelverletzungen schwerer Kopfschmerz, Schwindel usw. — zurückbleiben, aber daß die Dinge in der Regel nicht den schleppenden Verlauf nehmen, der in der Unfallpraxis des Friedens selbst nach relativ leichten Schädeltraumen beinahe die Regel sei. Er führt das Beispiel eines jungen früher gesunden Fliegeroffiziers an, der unter vollständiger Zertrümmerung seines Apparats aus 150 m Höhe abstürzte, eine Stunde bewußtlos liegen blieb, Blutung aus dem Munde und Splitterung mehrerer Rippen davontrug, dann 10 Tage im Spital lag, einen Monat später nur noch über heftigen Kopfschmerz klagte und nach einiger Zeit wieder ins Feld ging. Ähnlich betont auch Oppenheim, daß mancher Fall von Schußverletzung des Rückenmarks sich nach Maß und Art der subjektiven Beschwerden und objektiven Erscheinungen weit günstiger gestalte, als z. B. eine große Anzahl von Granatexplosionsneurosen.

Mit einigen Worten sei hier schließlich noch auf die Symptome der Hyperästhesie und Hyperalgesie eingegangen, die Oppenheim, wie erwähnt, speziell als Begleiterscheinungen der pheripheren Nervenverletzungen herausgehoben und in allernächste Nähe der traumatischen Neurose gebracht hat. Westphal nennt speziell bei den Granatkommotionsfällen eine bald allgemeine, bald mehr lokalisierte sensible und sensorische Hyperästhesie als auffallende und oft lange anhaltende Erscheinung und Weygandt nimmt für die Neurasthenie jenen früher bereits kurz erwähnten

sehr interessanten Fall in Anspruch, wo ein Kriegsfreiwilliger, strammer Soldat und Sportsmann, nach Gewehrschuß mit Medianusverletzung heftige streng lokalisierte Schmerzen bekam, die sich bei irgendwelchen körperliche und besonders seelisch-packenden Anlässen verschlimmerten. Während der Verbandwechsel noch erträglich war, kamen die Schmerzen schon bei leiser Berührung des Kopfes, oder wenn jemand im Begriff stand, eine Tür zuzuschlagen oder rasch die Treppe herunterkam oder wenn Pat. etwa jemand auf einer Leiter oder einen großen Schornstein mit Trittklammern sah. Er war zunächst so apathisch, daß er nicht essen, trinken und Wasser lassen wollte. Wenn ein Beruhigungsmittel gebracht wurde, ließ der Schmerz schon nach, ehe er es eingenommen hatte. Im übrigen bestand etwas beschleunigter Puls und nur minimale Gesichtsfeldeinengung.

Einen analogen Fall mit psychisch ausgelösten heftigen Schmerzen im Radialisgebiet bei Radialisverletzung erwähnt Mann und erklärt ihn aus der Überempfindlichkeit des durch die organische Läsion gereizten Nerven, ebenso einen anderen Fall, wo in einer amputierten Hand nicht nur ständig heftige Schmerzen empfunden, sondern dorthin auch alle Erregungen psychischer Art lokalisiert wurden. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch ein Donathscher Fall, wo ein psychisch normaler und nie nervöser Kadett nach mehreren schweren Schußverletzungen eine Überempfindlichkeit der Haut bekam, die bei Berührungen unangenehm ausstrahlende Empfindungen hervorrief und dadurch Angst vor Berührungen der (trockenen) Haut erzeugte. Der Zustand, bei dem anfangs Depression und Apathie bestand, fand durch psychotherapeutische Beeinflussung Heilung.

Die Bedeutung der nervösen Herz- und vasomotorischen Störungen im Rahmen der Kriegsneurosen findet auch diesmal wieder in der großen Zahl darauf bezüglicher Veröffentlichungen ihren Ausdruck. Die Häufigkeit nervöser Herzaffektionen unter dem Einfluß der Kriegsereignisse hebt u. a. Fürbringer hervor, ebenso Schott die beträchtliche Zahl der sensiblen und motorischen Herzneurosen (für die er übrigens neben Anstrengungen starken Tabakgenuß und auch den Genuß von Colatabletten verantwortlich macht). Ehret erkennt wenigstens für den Anfang des Krieges die Häufigkeit psychogener Herzstörungen (Angstherzen) an, meint aber, diese seien späterhin entschieden seltner geworden, was er auf die Gewöhnung der Herzneurotiker an die neuen Eindrücke und deren aus der richtigen Erkenntnis der ungünstigen Lazarettwirkung erfolgende Zurückbehaltung bei der Truppe zurückführt. Andere z. B. Goldscheider, auch Treupel weisen umgekehrt auf den vielfach günstigen Einfluß des Feldzugs bei diesen nervösen Herzleidenden hin oder betonen wenigstens deren überraschend gute Haltung gegenüber den Kriegsstrapazen. Romberg spricht im Gegensatz zu den erwähnten Angaben von einem auffallend starken Zurücktreten der rein nervösen Herz- und Gefäßstörungen während der Kriegszeit — solche durch Cyclothymie und konstitutionelle Verstimmung bei Feldzugsteilnehmern sah er überhaupt nicht, hysterische äußerst selten — und führt diesen Gegensatz zu deren Häufigkeit im Frieden auf die bekannten psychischen Einflüsse mit ihrer mächtigen Ablenkung vom eigenen Zustand usw. zurück.

Im übrigen scheint die Zahl der bereits mit nervösen Herzen oder wenigstens der Disposition dazu ins Feld Gezogenen — auf die konstitutionelle Minderwertigkeit solcher Herzneurotiker weist besonders Aschenheim hin — nicht ganz gering zu sein. Wenigstens fand Schottmüller unter 350 zwecks Begutachtung auf Dienstfähigkeit vor dem Ausrücken Untersuchten 143mal Cor nervosum, und Kraus sah schon bei der Untersuchung der Kriegsfreiwilligen viele mit asthenischem Habitus, kleinem Herzen. labilem Nervensystem und Psyche.

Im speziellen sei noch angeführt: Fürbringer hebt besonders den Zusammenhang der Herzbeschwerden mit psychischen Erschütterungen, übermannenden Kriegsereignissen hervor. Nicht nur, daß grauenhafte Erinnerungsbilder solche Angstneurosen mit ihrer Entladung aufs Herz verursachten, unterhalten sie diese auch durch Erinnerungsnachwirkungen. In den von ihm angeführten Fällen handelte es sich das eine Mal um einen neurasthenischen Juristen, der von dem grauenhaften Eindruck des plötzlichen Todes seines Freundes und Nachbarn im Schützengraben, welchem eine Granate den halben Schädel weggerissen, nicht loskommen konnte und infolgedessen, zumal unter Mitwirkung einer Schädelverletzung, an qualvollen Nächten mit Schlaflosigkeit, wüsten Träumen, Herz- und Weinanfällen und Kopfschmerzen litt, bei einem anderen hatte die Vorstellung der kalten Hand und des starren Gesichts einer feindlichen Leiche, unter deren Last er, um sich nicht zu verraten, stundenlang ausgehalten hatte, gleichfalls zu Herzanfällen sowie allgemeinen Krämpfen geführt.

Kisch hebt als einen von ihm der Neurasthenia cordis vasomotoria zugerechneten Symptomenkomplex, den er in diesem Kriege bei Offizieren (und ähnlich auch im Frieden bei aktiven Offizieren in verantwortlicher Stellung nach starken Aufregungen und Anstrengungen der großen Manöver) beobachtete, Anfälle von beschleunigter Herztätigkeit und Herzklopfen mit Gefühl der Angst und Schwäche der gesamten Körpermuskulatur, bei sehr beeinträchtigtem Allgemeinbefinden und psychischer Depression heraus. Objektiv bestand schwacher, kleiner, beschleunigter Puls, der im Anfall noch stieg.

Kraus erwähnt paroxysmale intermittierende Bradykardie, meist durch Tabak bedingt, isolierte Palpatio vor allem bei Hysterischen, und das sehr häufige Vorkommen von respiratorischer Arhythmie bei Nervösen.

Auf die Häufigkeit von Herzneurosen mit hyperästhetischen Headschen Hautzonen, die im Frieden sonst fast gar nicht bei Männern beobachtet werden, weist Brasch hin.

Angeführt sei auch noch, daß Kriegsarteriosklerosen bei jungen Kriegsteilnehmern Ehret häufig — entschieden häufiger als im Frieden —, Schott recht selten sah, und daß von Rombergs Beobachtungen $^1/_5$ Herzstörungen bei Arteriosklerose betraf. — Thyreotoxische Herzbeschwerden bei Feldzugsteilnehmern werden wiederholt erwähnt. Ehret betont ihre auffallende Häufigkeit, und zwar seien sie, im Gegensatz zu den psychogenen, in letzter Zeit zahlreicher und ausgesprochener geworden, um bei Ruhe und Vermeidung von Herzgiften zurückzugehen. Im Gegensatz dazu

fand Romberg solche Herzstörungen überraschend selten, Schott ebenso selten ausgesprochenen, im Felde entstandenen Basedow, dagegen die Formes frustes schon häufiger. Dannehl, der den Beziehungen zwischen Militärdienst und Thyreotoxie nachgeht, meint, die Zahl der Thyreotoxiker im Heere sei jedenfalls erheblich größer als bisher angenommen wurde, und Caro fand bei 600 inneren Kranken eines Festungslazaretts, die teils aus der Garnison, teils aus dem Felde stammten, Thyreose in einem Vierteljahr 66mal als Haupt- und 420mal als Nebenbefund vor.

Der Militärdienst kann nach Dannehl die Thyreotoxie sowohl durch Überanstrengung (in erster Linie durch infanteristische Märsche) wie durch Begünstigung der Übertragung von Infektionskrankheiten und schließlich durch psychische Einwirkungen verschlimmern. Sie fände auf dem Nervengebiete ihren Ausdruck — abgesehen von nervösen und vasomotorischen Reizerscheinungen — in Äußerungen der Psychopathie (seelischer Labilität, Schreckhaftigkeit und Ängstlichkeit, Neigung zu Verstimmung, Depression und Weinausbrüchen) in hysterischen Beimengungen und gelegentlich in schweren seelischen Alterationen. So bestanden in einem Falle Verfolgungsideen, in zwei weiteren führte die Erkrankung zu unerlaubter Entfernung von der Truppe und zweimal zu Selbstmordversuchen.

Auch Kahane betont die Häufigkeit des Hyperthyreoidismus gerade bei dem zum Kriegsdienst herangezogenen Altersklassen und meint, daß durch die Kriegsnoxen latenter Hyperthyreoidismus wahrscheinlich manifest und bestehender verschlimmert werden könne. Die Kriegsdiensttauglichkeit werde in solchen Fällen durch die mit Abmagerung, Übererregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems, erhöhte Reizbarkeit usw. einhergehenden Krankheitsprozesse zweifellos beeinträchtigt.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Bonhöffer betont auf Grund nunmehr $^{3}/_{4}$ jähriger Kriegserfahrung wiederum, daß der unbestreitbare Einfluß der Kriegserlebnisse sich in dem starken Hervortreten der auf dem Boden der psychopathischen Konstitutionen erwachsenen nervösen und psychischen Anomalien geltend mache, wobei er allerdings zugibt, daß ihre Häufigkeit in den heimatlichen Sammelstellen ein falsches Bild von ihrer relativen Häufigkeit gebe. Nach den Berichten der Spezialärzte im Felde fänden sie sich draußen nur verhältnismäßig vereinzelt. Die Bilder in der Heimat böten im allgemeinen ein ziemlich einförmiges Gepräge durch die gleichen Typen, wobei ein großer Anteil auf die psychogenen Bilder (in Form von Lähmungen, lokalisierten Schmerzen, krampfartigen Anfällen und Schwächeanwandlungen, seltner von hysterischen Abulien und allgemeinen hypochondrischen Klagen) komme. Auch pathologische Schwindler hat Bonhöffer häufiger als im Frieden gesehen, deren Auftreten er auf die Anregungen, die der Krieg mit seinen Abenteuer- und Beförderungsmöglichkeiten auf phantastisch-autosuggestiv veranlagte moralisch Schwache ausübe, erklärt. Auf die Eignung des Pseudologen mit seiner Unternehmungs- und Abenteuerlust für gewisse militärische Verrichtungen (Patrouillengänge u. dgl.) weist

übrigens Weygandt hin. Die konstitutionell depressive Veranlagung schien nach Bonhöffer besonders unter den Offizieren mit der Steigerung der Verantwortlichkeit stärkere depressive Reaktionen zu zeitigen.

Forster erwähnt unter seinen Beobachtungen aus dem Kriegslazarett neben depressiv veranlagten Psychopathen eine Gruppe willensschwacher, die auch schon im Zivil häufig bei stärkeren Anforderungen versagt und nicht selten den Beruf gewechselt hatten, weiter dann solche, die in der Kindheit an Wandertrieb, Bettnässen, Schlafwandeln gelitten, später viel Strafen erlitten und auch Alkoholexzesse verübt hatten und zum Teil in Dämmerzuständen eingeliefert wurden.

Jolly führt ähnliche Psychopathen an, die unter dem Einfluß des Alkohols im Felde in Konflikte kamen und im Lazarett besonders nach unerlaubtem Ausgang mit Biergenuß heftige Erregungszustände bekamen. Unter den Ersatzreservisten fand der gleiche Autor Leute, die sich teilweise bei längerer Untersuchung unglaublich ängstlich und aufgeregt benahmen. Es waren Individuen, bei denen die Diagnose auf allgemeine Körper- und Nervenschwäche zu stellen war, infantil gebaute, anämische Menschen von dürftiger Ernährung und sehr leicht erregbarer Herztätigkeit.

Löwy erwähnt zwei den Haftpsychosen ähnliche Fälle: ein ganserartiges Zustandsbild und eine paranoid phantastisch-kombinatorische und halluzinatorische Episode ohne Orientierungsstörung bei einem Degenerierten.

Psychiatrisch interessant, wenn auch klinisch nicht ganz geklärt, ist ein Fall von Weygandt, der plötzlich aus dem Schützengraben aufgesprungen und im heftigem feindlichen Feuer von einem in der Mitte zwischen den Feuerlinien stehenden Apfelbaum Äpfel gepflückt hatte, mit denen er dann die feindlichen Schützengräben bewarf. Im Lazarett wies er einige auffallende Züge auf (Äußerungen, er habe einen Schandfleck auf dem Herzen, wolle nicht mehr lebend nach Deutschland zurück). Mehrmals zeigte er großen Rededrang und Unruhe, kletterte an den Pfosten des Krankensaals hinauf, schlug Purzelbäume, saß dann wieder brütend da und verweigerte fast jede Nahrung. Zeitweise erschien er widerspenstig unter dem Verdacht der Hemmung. Sein Verhalten im Schützengraben suchte er als plausibel zu erklären. Körperlich bestand Fehlen des Rachenreflexes und ungleiche Gesichtsinnervation. Die Abderhaldensche Reaktion war negativ. Weygandt weist die Diagnose Hysterie oder Dementia praecox zurück und denkt an einen leicht hypomanischen Charakter.

Daß schließlich viele von den früher angeführten psychogenen Störungen mit gleichem Recht für das Gebiet der psychopathischen Reaktionen in Anspruch genommen werden dürfen (z. B. Stranskys pathologische Affektreaktionen), bedarf wohl nicht erst noch besonderer Hervorhebung.

Epilepsie.

Eine klinisch tiefer dringende Darstellung seiner Epilepsiebeobachtungen gibt Bonhöffer. Bei 20 unter seinen 33 Fällen hatten die Anfälle schon vor dem Kriege bestanden. Bei 10 von ihnen handelte es sich um Spätepi-

lepsie, bei der die Anfälle erst nach der aktiven Dienstzeit im Alter von 22—27 Jahren aufgetreten waren. Bei 10 anderen hatten sichere epileptische Zeichen schon vor der aktiven Dienstzeit bestanden. Ihre Einstellung war entweder auf Verheimlichung oder auf Versehen bei der Musterung zurückzuführen.

Die Art des Auftretens der Anfälle ließ in über der Hälfte dieser genuinen Epilepsien die auslösende Bedeutung von emotionellen Einflüssen und Überanstrengungen nicht verkennen (5 mal starke anstrengende Märsche, 7 mal das Gefecht selbst, 2 mal Granatexplosionen, 3 mal Schußverletzungen im Gefecht), doch hatten 9 mehrere Gefechte durchgemacht, ehe der erste Anfall auftrat. Bei den übrigen hatten die Anfälle schon vor und während des Ausmarsches eingesetzt. Es waren Individuen mit häufiger auftretenden Anfällen.

Der Charakter der Anfälle konnte nur bei wenigen aus eigener Beobachtung festgestellt werden (5 mal typisch epileptische, 3 mal charakteristische Dämmerzustände), bei den übrigen mußte die Diagnose erschlossen werden. Bemerkenswert ist in diesen Fällen die verhältnismäßig starke Beteiligung der psychischen Seite trotz seltner Anfälle (13 mal). Besonders häufig waren Verstimmungen, Dämmerzustände und pathologische Räusche.

Für die Frage der Kriegsneurosen von weit erheblicherer Bedeutung sind natürlich die Fälle, bei denen erst der Krieg die epileptischen Anfälle zum Ausbruch gebracht zu haben schien. Die genauere Untersuchung brachte nun hier das klinisch wie praktisch wichtige Ergebnis, daß auch in diesen Fällen ausnahmslos eine endogene oder wenigstens vorher erworbene Anlage zur Epilepsie bestand. So ließen sich bei einem 24 jährigen Reservisten, der nach einem Handschuß im Reservelazarett Krämpfe mit anschließender depressiver Verstimmung bekam, des weiteren bei einem 29 jährigen Wehrmann, der nach einer Granatverletzung bewußtlos umfiel und später wiederholt Anfälle neben psychisch-epileptischen Störungen hatte, weiter bei einem 24 jährigen Gefreiten, der einige Wochen nach einer Brustkontusion Krampfanfälle bekam, epileptische Antezedenzien nachweisen. Ähnlich lag die Sache in einzelnen Fällen, bei denen anscheinend die Typhusimpfung epileptische Anfälle, resp. epileptoide Erscheinungen ausgelöst hatte. Zweimal kam die Frage des Zusammenhangs der ersteren mit pathologischen Räuschen in Betracht. In einem Fall handelte es sich um einen ganz isoliert stehenden Krampfanfall bei einem 35 jährigen Artillerieoffizier, erwachsen auf dem Boden einer durch Wochen fortgesetzten Überanstrengung in zahlreichen Gefechten, zu dem eine zwei Jahre zurückliegende Kommotion wohl die Disposition geschaffen hatte (wahrscheinlich echte Reaktivepilepsie). In einem weiteren Teil der Fälle kam eine luetische Ätiologie in Frage. Einmal kam ein alter hirnluetischer Prozeß und Alkoholismus für das Auftreten der Anfälle in Betracht, die nach vielfacher Gefechtsteilnahme ohne besonderen Anlaß bei einem vierzigjährigen Landsturmmann auftraten, ein andermal lag sekundäre Lues bei epileptiformen Antezedenzien (Erregungen, Roheitsdelikte, Exhibitionismus) vor, in zwei anderen Fällen bestanden neben der frischen Lues psychopathische Züge in der Anamnese, wie sie der konstitutionellen

Epilepsie zuzugehören pflegen, so daß erstere wahrscheinlich die latente Anlage offenbar gemacht hat. Bei dem einen, einem 35jährigen Landwehrmann, der wegen anderer Beschwerden nach zahlreichen Gefechten in die Heimat geschickt wurde, handelte es sich wohl bei Fehlen aller epileptischen Züge im Wesen, um einen reaktiven Krampfanfall, bei dem vorangegangener Alkoholgenuß noch mitsprach und nach Abklingen der Benommenheit ungewöhnlicherweise retrograde Amnesie mit Neigung zu Konfabulationen bestand. Bei dem anderen, einem 23jährigen Reservisten, der den ersten Anfall im Schützengraben bekommen hatte, traten nach Einleitung der Schmierkur keine Anfälle mehr auf.

Neben diesen ziemlich oder ganz sicheren epileptischen Anfällen fanden sich nun in nicht ganz kleiner Anzahl auch solche, die weder diesen, noch bei dem ganzen Habitus der Erkrankten und der Art des Anfallablaufs den hysterischen zugerechnet werden konnten. Es handelte sich hierbei um Individuen mit labilem Vasomotorium, die im Anschluß an Emotionen leicht blaß und ohnmächtig werden. Bei ihnen schließt sich der erste Anfall oft an starke Marschleistungen, an Überhungerung, oder plötzlichen Schreck an, wobei es sich nicht immer um einfache Ohnmachten, sondern um krampfartiges Zusammenzucken oft vom Charakter des Schüttelfrostes, oft auch eigentlichen tonischen Krampf handelte, ohne daß dabei stets ein voller Bewußtseinsverlust zu bestehen schien. Es sind dies nach Bonhöffer die bekannten bei Psychopathen auftretenden Anfälle (Oppenheims psychasthenische Anfälle). Eine psychogene Komponente könne sich übrigens diesem an sich nicht hysterischen Anfallstypus zugesellen. So bekam ein 21jähriger leicht debiler Soldat von nicht hysterischem Wesen, der im Anschluß an die Märsche im Felde einen Ohnmachtsanfall bekommen hatte, erneute Anfälle, als er nach der Erholungszeit im Reservelazarett wieder zur Truppe zurückgeschickt wurde. Diese an sich nicht psychogen entstandenen Ohnmachtszufälle wurden eben unter dem Einfluß unerfreulicher Vorstellungen psychogen auslösbar analog dem Vorgang der wunschbedingten Fixierung der Schreckemotionssymptome bei den Granatexplosionshysterien. Diese Beobachtung erkläre sich aus der allgemeinen Erfahrung, daß vasomotorische Vorgänge überhaupt leicht eine psychogene Bahnung erführen.

Schließlich beobachtete Bonhöffer noch eine verhältnismäßig größere Zahl von Epileptoiden, bei denen meist Disziplinarverstöße den Anlaß zu der Aufnahme gegeben hatten und bei denen Wutzustände mit krampfartigen Erscheinungen, Krampfzustände nach Trinkexzessen, Ohnmachten, Dämmerzustände zur Beobachtung kamen und die Differentialdiagnose gegenüber der eigentlichen Epilepsie nicht immer scharf durchführbar war. Jedenfalls — und das ist das Wesentliche — war unter ihnen keiner, der nicht durch Vorleben und Anamnese sich deutlich als Disponierter zu erkennen gegeben hätte.

Die Bedeutung der Bonhöfferschen Arbeit liegt einmal in der Hervorhebung der anscheinend aus der Labilität der vasomotorischen Funktionen hervorgehenden Anfälle, sodann in der Anführung der nicht geringen Anzahl jener prognostisch im wesentlichen günstig zu beurteilenden Fälle, bei denen die Anfälle ausschließlich im Anschluß an distinkte

Kriegsschädigungen aufgetreten sind (Bonhöffer bezeichnet diese Gruppe als Reaktivepilepsie) und endlich und vor allem in der ausdrücklichen Betonung, daß kein sicherer Fall sich ergeben hat, bei dem ausschließlich die Kriegserlebnisse als Ursache der Epilepsie in Betracht gekommen wären (die Epilepsie nach Schädeltraumen natürlich ausgenommen). Eine Feststellung, die anderen Angaben, etwa denen von Schumkow aus dem Russisch-Japanischen Feldzug, widerspricht, der „richtige" epileptische Anfälle bei früher Gesunden im Anschluß an starke Affekte, Todesangst usw. schildert. Bonhöffer setzt diese Erscheinung in Parallele zu den Kriegsbeobachtungen bezüglich der psychopathischen und neuropathischen Reaktionen, bei denen es sich auch um disponierte Individuen handelte (vgl. aber die Fälle von Kriegshysterie bei Binswanger und anderen ohne neuro- oder psychopathische Veranlagung!).

Löwy sah auf dem Marsch und im Gefechtsraum nur vereinzelte Epilepsien mit typischen Krampfanfällen und anschließender kurzer Bewußtseinstrübung. Es handelte sich um Individuen, die schon seit Jahren daran gelitten hatten. Auch Jolly sah nur einige Fälle von Epilepsie unter seinen Aufnahmen im Reservelazarett, während die meisten von denen, die zur Beobachtung auf Epilepsie oder als Epilepsiekranke zugewiesen wurden, sich als Hysterische erwiesen. Bei einigen Kranken traten eigenartige Anfälle auf, bei einem stundenlang anhaltende, aber seltene Zustände von Bewußtlosigkeit „mit Aufhebung der Ansprechbarkeit für äußere Reize", bei einem anderen häufige kurze Ohnmachten, bei einem dritten täglich ein bis zwei Anfälle, bei denen er die Arme über der Brust zusammenschlug und einige Minuten in tonischer Starre verharrte. Die Anfälle bestanden angeblich seit Kindheit. Sonstige Anzeichen sprachen für eine Lues cerebri auf kongenitaler Basis.

Weygandt weist auf Fälle hin, die früher an schweren epileptischen Symptomen gelitten hatten und nun als Kriegsfreiwillige nur an leichteren Beschwerden erkrankten (ähnlich wie ein Edelscher Fall, der vor dem Kriege wiederholt Erregungs- und Verwirrtheitszustände bot und trotz Alkohols den Feldzug ausgezeichnet durchmachte, bis er schließlich wieder Dämmerzustände bekam). Im übrigen zeigen die Weygandtschen Fälle, daß die epilepsieerzeugenden Noxen schon vor dem Feldzug wirksam oder gar die Epilepsie selbst schon vorher in die Erscheinung getreten war: Ein Fall mit früherem Kopftrauma — im Felde epileptoide Anfälle; ein anderer mit Kopftrauma und anschließender Bewußtlosigkeit in der Kindheit — im Felde Schwindel und Krämpfe; ein dritter mit wiederholten Unfällen in seinem bautechnischen Beruf — im Felde Krämpfe, tobsüchtige Erregung und Dämmerzustände; wieder ein anderer, seit 7 Jahren bereits mehrfach an nächtlichen Anfällen leidend — im Schützengraben nach einer Reihe von Tagen erneute Anfälle; ein Fall, erblich belastet, von Jugend auf Schlafwandeln, später Krampfanfälle — im Felde nur Kopfschmerzen; einer, alkoholisch hereditär belastet, an Bettnässen, Reizbarkeit und poriomanischen Dämmerzuständen leidend — im Felde Schwindel, Kopfweh und Unruhe; einer mit leichter Imbezillität und Degeneratio adiposogenitalis und — offenbar infolge eines encephalitischen Prozesses in der Kindheit — an

Krämpfen und Absencen leidend — im Felde gleichfalls epileptoide Störungen, unter anderem Dämmerzustände. — Gelegentlich wurde auch extreme Tachykardie sowie Suicidneigung beobachtet. Schließlich weist Weygandt auf die schon durch die Erfahrungen früherer Feldzüge nahegelegte, durch den jetzigen Krieg bestätigte und gesicherte Erfahrung hin, daß auch der Epilepsie eine gewisse Beeinflußbarkeit durch äußere Umstände zukommt.

Im übrigen findet man allenthalben Hinweise auf Krampfanfälle und sonstige epilepsieähnliche Störungen, die nicht der echten Epilepsie (übrigens auch nicht der Hysterie) zugerechnet werden können. Von Bonhöffers vasomotorisch bedingten Anfällen war schon oben im Zusammenhang die Rede. Oppenheim erwähnt im Zusammenhang mit der traumatischen Neurose gewisse der klinischen Stellung nach noch ungeklärte Krampfformen, die nicht hysterisch und auch nicht typisch epileptisch seien. Alt erwähnt Krampfanfälle bei nervös Erschöpften, die keine Dauerkrankheit, keine Epilepsie im landläufigen Sinne seien, sondern Ausdruck einer Übererregbarkeit der Hirnrinde, eine Art Affektepilepsie, die rasch abklingen und ausheilen könne. Cimbal stellt als große selbständige Gruppe unter den psychisch nervösen Kriegserkrankungen die „Krampfleiden" auf, die aufs engste mit den anderen von ihm auf gestellten Krankheitsformen, der akuten nervösen Überreizung und den traumatischen Psychosen im Gefolge von seelischen Erschütterungen oder von übermäßiger allgemeiner Erschöpfung zusammenhingen und hebt als charakteristisch für all diese Fälle — bei denen übrigens etwa in einem Viertel anzunehmen sei, daß sie niemals an krampfartigen oder nervösen Zuständen gelitten hatten, während bei ungefähr ebenso vielen die Vorgeschichte wohl Bettnässen, gleichartige Belastung oder Kopfunfälle, aber gleichfalls keine Krampfanfälle ergab — hebt, sage ich, als charakteristisch für alle diese Fälle hervor, daß die Untersuchung nicht etwa das Bild des genuinen Epileptikers, sondern besonders häufig die Symptome der nervösen Überreizung (nur in einem geringeren Teile echt hysterische Krankheitszeichen) ergab. — Ohne der Frage nach den Krampfzuständen auf Grund nervöser Erschöpfung näher treten zu wollen, glaube ich doch nach den von Cimbal selbst angeführten anamnestischen Daten annehmen zu dürfen, daß sich unter seinen Krampffällen mancher befindet, der als genuine oder erworbene Epilepsie angesehen werden kann, und bei dem die nervösen Erschöpfungserscheinungen nur als durch den Krieg hervorgerufene Begleitstörungen, nicht aber als die eigentliche Ursache der Störungen gelten dürfen (womit die auslösende Wirkung von Kriegstrapazen und Erschöpfung bei echter Epilepsie durchaus nicht in Abrede gestellt werden soll).

Von Anfällen nicht epileptischer und nicht hysterischer Natur sei die Friedmannsche Beobachtung eines nervösen, vorher aber nicht kranken Fußsoldaten erwähnt, der seit Kriegsbeginn im Felde und seit längerer Zeit im Schützengraben sich bisher offenbar bewährt hatte. Wegen eines leichten Beinschusses mit Peroneusverletzung ins Lazarett geschickt, bot er hier neben einer ziemlich ausgeprägten Gemütsdepression und nervöser Tachy-

kardie eigentümliche Anfälle, die seit Wochen bestanden und im Felde zum erstenmal aufgetreten waren. Einmal bei Nacht — und nur bei Nacht — Absencen beim Erwachen von leichtem narkoleptischen Typus, wobei er bei Besinnung sich nicht rühren, nicht rufen und auch nicht denken kann, sodann bei Tage eine Art unvollkommener Schlafanfälle mit unwiderstehlicher Lethargie von etwa halbstündiger Dauer. In den Ermattungsanfällen sieht Friedmann den Ausdruck einer durch die Felddienststrapazen herbeigeführten allgemeinen nervösen Erschlaffung und infolgedessen zeitweise völligen Versagens der psychischen Kraft, in den nächtlichen Absencen die Folge einer durch die Schwäche der Großhirnfunktionen bedingten Regulationsstörung, die sich im Moment des Erwachens geltend macht.

Von psychischen Störungen epilepsieartigen Charakters ist Westphals Beobachtung eines Dämmerzustandes anzuführen, der bei einem früher anscheinend stets gesunden Manne direkt im Anschluß an emotionelle Schädlichkeiten auftrat. Es handelt sich um einen Offizier, der von einer Granate verschüttet, Kopfschmerz und vorübergehende Verwirrtheit darbot, bald darauf, auf die Nachricht vom Tode seines Majors hin, einen schweren Erregungs- und Verwirrtheitszustand bekam und später in einen stuporösen Zustand von katatonem Charakter mit vereinzelten Wahnideen verfiel. Nach langem Schlaf erfolgte plötzliche Aufhellung mit weitgehender retrograder Amnesie unter Zurückbleiben mannigfacher nervöser Beschwerden. Westphal sieht in dem Zustand einen der Affektepilepsie nahestehenden (nicht hysterischen) Dämmerzustand wegen der langen Dauer und der besonderen Tiefe der Bewußtseinsstörung.

Als zweifelhaft bezüglich Epilepsie oder Hysterie kann die Diagnose auch in einem Donathschen Falle gelten: Ein Leutnant, der früher nie an epileptischen oder hysterischen Zuständen gelitten, und stets gesund, wenn auch zart und anämisch war, bekam unmittelbar im Anschluß an eine Granatexplosion in seiner Nähe, die ihn nicht bewußtlos machte und ihm nur eine zunächst übersehene Hautverletzung zufügte, einen Dämmerzustand, während dessen er nicht weiter auffällig wurde, sein Bataillon führte, einen Wald besetzte usw. Nachträglich erfuhr er erst die Einzelheiten des Marsches. Dieser Dämmerzustand wiederholte sich noch zweimal nach 10 und 24 Stunden. Zuletzt wurde er bewußtlos hinter die Feuerlinie gebracht. Der Arzt fand einen Erschöpfungszustand mit 108 Pulsen. Die spätere Untersuchung ergab körperliche und geistige Ermüdbarkeit, Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und sonstige psychisch-nervöse Erschöpfungssymptome. Gelegentlich traten Weinkrämpfe und heftiges allgemeines Zittern auf. Der Zustand besserte sich rasch bei entsprechender Therapie.

Imbezillität.

Unter Cimbals Material in der Corpsnervenstation war die Zahl der leicht Imbezillen „natürlich groß". Übrigens glaubt Cimbal, daß Schwachsinnige aus unserem Heer schon bei einer Geistesstufe ausgeschieden würden, die in dem Heere unserer Gegner wohl noch oberhalb des Durchschnitts ständen (!) Analphabeten hat er überhaupt nicht angetroffen. Jolly sah

in der Nervenabteilung eines Reservelazaretts 13 Imbezille, von denen nur wenige (3) im Felde gewesen waren. Der eine war wegen Brustschusses zurückgekommen und wurde wegen seines eigenartigen psychischen Verhaltens verlegt. Er bot körperliche Entartungszeichen und anscheinend eine auf dem Boden mäßigen Schwachsinns sich entwickelnde Hebephrenie. Der andere hatte angeblich sein Regiment verloren, nach dem er so lange suchte, bis er zu seiner Überraschung in Nürnberg war. Er wurde bei einem mit „ziemlicher Schlauheit" verbundenen nicht hochgradigen Schwachsinn felddienstfähig entlassen. Der Dritte war ein harmloser Imbeziller, der zwar nicht im Frieden, aber im Kriege versagt hatte. Die übrigen waren meist Ersatzreservisten, einige Rekruten von 1914, von denen der eine Lähmung und zeitweise Blindheit vortäuschte und sich als pathologischer Lügner erwies.

Manisch-depressives Irresein.

Die weiteren Erfahrungen scheinen die bisherige Annahme einer relativen Seltenheit der manisch-depressiven Erkrankungen unter den Kriegspsychosen zu bestätigen Bonhöffer meint, sie seien wohl im Kriege nicht häufiger, als ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht. Immerhin sah Hübner unter den ersten nach der Mobilmachung eingelieferten Soldaten verhältnismäßig viel manische und melancholische. Forster fand Depressionen bei Soldaten, bei denen in der Anamnese auch Exaltationszustände nachweisbar waren. Im übrigen handelte es sich um Individuen, die von jeher zu depressiven Erscheinungen neigten, und bei denen diese Zustände manchmal mit, manchmal ohne äußere Veranlassung (Überanstrengungen, Gemütserschütterungen, Schwierigkeiten im Dienst usw.) auftraten. Es dürften hier also wohl im wesentlichen psychogene Depressionszustände vorliegen, deren Häufigkeit unter den Kriegsbeobachtungen ja auch Alzheimer betont. Auch Redlich erwähnt solche reaktive Depressionszustände bei Soldaten, die über das Schicksal ihrer im vom Feinde besetzten Gebiet zurückgebliebenen Angehörigen in Unkenntnis waren, Verstimmungszustände, bei denen „unter Umständen die Depression im weiteren Verlauf einen ausgesprochen melancholischen Charakter annahm". Westphal sah vereinzelt Fälle von manisch-depressivem Irresein, die mit sehr starkem Angstaffekt, großer motorischer Unruhe und völliger Schlaflosigkeit einhergingen. Einen Fall von manischer Erregung bei einem Verwundeten im Lazarett sowie einen schweren Depressionszustand im Felde bei einem Soldaten, der schon früher zwei Depressionszustände durchgemacht hatte, erwähnt Weygandt, ebenso auch Edel zwei Fälle von melancholischer Erkrankung, von denen der eine draußen einen Suicidversuch machte, der andere schon vorher eine Melancholie durchgemacht hatte. Weygandt meint übrigens, daß es vor allem Fälle von Hypomanie seien, die bei Kriegserkrankungen dieser Art in Betracht kämen.

Daß bei der Zivilbevölkerung und den Flüchtlingen im Anschluß an die Kriegserschütterungen Fälle von manisch-depressivem Irresein des öfteren beobachtet wurden, zeigen die früher in anderem Zusammenhang angeführten Erfahrungen von Redlich und Sänger. Auch Hübner hat eine Reihe von Melancholien in gleichem Zusammenhang gesehen.

Unter die funktionellen Kriegspsychosen sei hier noch ein Fall eingereiht, den Alt als „akute Paranoia“ anführt: Ein französischer Arzt, der im Gefangenenlager seine eigenen Landsleute und Kollegen tätlich angegriffen hatte, litt an ganz akut aufgetretenen Verfolgungsideen und entsprechenden Sinnestäuschungen, die sich nur auf seine eigenen Landsleute bezogen, während er den deutschen Ärzten von Anfang an volles Vertrauen entgegenbrachte. Er genas rasch und vollständig.

Dementia praecox.

Auch die Schizophrenie spielt bis jetzt unter den Kriegspsychosen immer noch eine relativ unbedeutende Rolle. Westphal sah sie verhältnismäßig selten, was ihm mit Recht im Hinblick auf das jugendliche Alter der Kriegsteilnehmer auffallend erscheint. Bonhöffer schätzt nach den bisherigen Kriegserfahrungen ihren Prozentsatz im Kriege nicht höher als im Frieden. Man wird also nach den Ergebnissen des ersten Kriegsjahrs die Bedeutung des Krieges für die Auslösung schizophrener Störungen bei bisher geistig Intakten vorerst recht gering einschätzen dürfen, immerhin aber noch abwarten, ob etwa eine längere Einwirkung der Kriegsschädlichkeiten die Zahl der Erkrankungen nachweislich stärker vermehrt. Weygandt glaubt jedenfalls die Auslösung des Leidens sowie etwaige Verschlimmerungen und Neuausbrüche durch Kriegseinflüsse nicht in Abrede stellen zu sollen, was mir im Hinblick auf den Zusammenhang der Schizophrenie mit anderen Milieuschädlichkeiten, vor allem der Haft, an sich auch berechtigt erscheint. Freilich verkenne ich nicht, daß die Verhältnisse doch im einzelnen recht different liegen, und man daher mit Analogieschlüssen nicht vorsichtig genug sein kann. Alt meint, die durch den Krieg ausgelösten Dementia-praecox-Fälle schienen vielfach eine schnellere Besserung zu zeigen als es sonst der Fall ist. Bezüglich dieser Frage der Besserung und Verschlechterung darf meines Erachtens nicht vergessen werden, daß eine Psychose im Kriegsmilieu natürlich an sich stärker, im ruhigen Friedensmilieu (nach der Zurückschickung) schwächer hervortritt, ohne daß eine tatsächliche Verschlechterung oder Besserung im Krankheitszustande selbst aufgetreten zu sein braucht.

Von Einzelfällen führt Orth eine Erkrankung an, die zwei Tage nach der Einstellung mit starker Erregung und Halluzinationen ausbrach, Weygandt schildert einen recht ungewöhnlichen Fall, der als Patrouillenführer bald nach der Beschießung seiner Patrouille erkrankte, später halluzinierte, schreckhaft und ängstlich war, dann längere Zeit psychische Hemmung und schlechten Schlaf bot und schließlich sich mit voller Krankheitseinsicht unter Zurückbleiben nervöser Erscheinungen weitgehend besserte. Wegen der Hemmung, der Halluzinationen und insbesondere der positiven Abderhaldenschen Reaktion denkt Weygandt an Dementia praecox.

Alkoholismus.

Auch der Alkoholismus scheint nach der ersten großen Welle in der Mobilmachungszeit seine Bedeutung im Bereich der Kriegspsychosen eingebüßt zu haben. Cimbal sah unter einem sehr großen Beobachtungs-

material nur 15 Alkoholdelirien, von denen allerdings nicht gesagt wird, ob sie nicht auch noch in die Mobilmachungsperiode gefallen. Löwy sah bei etwa 1000 gewohnheitsmäßigen und zum Teil starken Biertrinkern (Landsturmleuten) nach wochenlanger Abstinenz unter sonst für das Delirium tremens disponierenden Momenten wie Darmstörungen, Fieber, Pneumonie usw., kein einziges Abstinenzdelir und bringt dies in Verbindung mit den im Feld wirksamen entgiftenden Einflüssen: körperlicher Bewegung, Aufenthalt in frischer Luft u. dgl. Soviel mir bekannt ist, sind Bierdelirien überhaupt recht selten, so daß also hier ein Problem von ganz anderem Charakter vorliegen dürfte.

Schwere Räusche sah Löwe mehrfach nach langer Abstinenz, als Alkohol — und zwar nur in Form von Schnaps und Bier — im Rastort wieder käuflich war. Einen pathologischen Rausch bot ein als Ordonnanz bestellter, sonst durch gute Haltuug und Tüchtigkeit ausgezeichneter Lehrer. Der Zustand machte sich durch eine gewisse Gereiztheit und disziplinwidriges Verhalten gegen Vorgesetzte bemerkbar und schloß mit tiefem Schlaf nach der sofortigen Dienstenthebung und nachträglicher voller Amnesie für das Vorgefallene ab.

Über das allgemeine Verhalten der Alkoholisten im Felde gibt der Jahresbericht der Berliner Fürsorgestellen für Alkoholkranke einige Auskunft. Ein nicht geringer Bruchteil der von ihr versorgten Alkoholisten rückte ins Feld, sei es in die Front, sei es zu Schanzarbeiten nach Ostpreußen. Von 126 ist es sicher, doch dürfte die Zahl noch eine größere sein und etwa $^1/_{10}$ der Gesamtzahl betragen. Es wird hervorgehoben, daß der Dienst in der Front bei mancheu einen entschiedenen Umschwung in Gesinnung und Verhalten erzeugt habe, wie besonders aus den Briefeu zu ersehen sei. Sie bekannten, im Felde andere Menschen geworden zu sein. (Ein Umschwung, dessen Wert und Dauer man meines Erachtens einigermaßen bezweifeln darf.) Andererseits kehrten auch manche bald wieder nach Berlin zurück, teils wegen Krankheit, Rheumatismus u. dgl., teils weil sie auch sonst den Anstrengungen nicht gewachsen wareu oder ihnen die ungewohnte Arbeit nicht gefiel.

Bezüglich des Alkoholismus in der Heimat ergaben die Beobachtungen von Römer eine Abnahme in der Kriegszeit, die besonders ausgeprägt in dem steilen Abfall der Aufnahmekurve der Alkoholisten bei Kriegsbeginn sich ausdrückte und bis in den November anhielt. Daß dieses günstige Ergebnis nicht allein auf die Abwesenheit der waffenfähigen Mannschaften zurückzuführen war, zeigt die Abnahme der Alkoholisten auch über 40 Jahre. Auch die Zahl der Betrunkenen verringerte sich bei Kriegsbeginn erheblich, ein Rückgang, der freilich so gut wie allein durch das Fehlen der jungen Männer verursacht ist. Es ließ sich übrigens eine Zunahme der Betrunkenen entsprechend der Ausdehnung der Polizeistunde feststellen. Im Gegensatz zu den Berauschten war die Abnahme der chronischen Alkoholisten, auch der über 40 Jahre, von Dauer, was wohl durch die günstigere Arbeitsgelegenheit in dieser Zeit bedingt ist, die sich auch für Männer über 40 Jahre im Kriege ergab.

Progressive Paralyse.

Auch für die Paralyse hält es Bonhöffer nach den $^3/_4$jährigen Kriegserfahrungen für wahrscheinlich, daß sie im Felde nicht häufiger ist, als ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht, was also gegen einen besonderen krankheitsauslösenden Einfluß der Kriegsnoxen sprechen würde. Weygandt erkennt immerhin für manche Fälle die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs der Kriegseinflüsse mit der Auslösung der Paralyse (oder Tabes) an, gibt aber zu, daß es sich in anderen Fällen nur um eine Verschlimmerung bereits vor dem Kriege bestehender Erkrankungen handelt, und daß in wieder anderen die Kriegsstrapazen noch keine verschlimmernde Wirkung gezeigt haben. Westphal sah mehrere Fälle, wo die ersten paralytischen resp. tabischen Symptome im Felde bei Männern auftraten, bei denen früher niemals psychische oder somatische Störungen irgendwelcher Art beobachtet worden waren und gesteht deshalb gleichfalls der Summation schädigender Einflüsse eines Feldzugs eine auslösende Kraft zu. Auf ähnliche Fälle weisen übrigens auch Redlich und Donath hin. Auch Cimbal glaubte anfangs an die auslösende Wirkung der Kriegsstrapazen, da er in der ersten Kriegszeit (November-Dezember 1914) auffallend viel Paralysen zu Gesicht bekam, während später Lues cerebrospinalis und Tabes — in der Mehrzahl der Fälle übrigens als Nebenbefund festgestellt — in der gewöhnlichen Weise überwogen.

Die raschere Entwicklung einer latenten Lues cerebrospinalis unter dem Einflusse der Kriegsstrapazen und -erschütterungen hebt Donath anläßlich eines Falles hervor. Ein 33jähriger, früher infizierter Reserveoffizier, Mittelschulprofessor, der vor dem schädigenden Vorfall sowohl im Zivilleben wie im Felde ungestört seinen Pflichten nachgekommen war, bekam unmittelbar im Anschluß an die Abfeuerung einer Kanone in seiner Nähe die psychischen und nervösen Krankheitserscheinungen. Es trat eine Erschwerung der Harnentleerung auf, wie sie sich auch schon 3 Jahre vorher anläßlich eines Erdbebens bei ihm gezeigt hatte, sowie Kopf- und Gliederschmerzen, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, Schlaflosigkeit usw. Die spätere Untersuchung gab deutliche Zeichen einer cerebrospinalen Lues (Pupillen-, Patellarreflexanomalien, leichte Demenz usw.).

Eine Lues cerebri, die ausgeprägte psychische Anomalien bot, führt Weygandt an: Ein luetisch früher infizierter Kriegsfreiwilliger fiel allmählich durch Vergeßlichkeit und Widersetzlichkeit auf, weinte auch und schien zu halluzinieren. Er bot Pupillendifferenz und mangelhafte Lichtreaktion, differente Patellarreflexe, anstoßende Sprache und erheblich herabgesetzte Merkfähigkeit. Die Frage der Dienstbeschädigung wurde übrigens bei ihm verneint.

Auf epileptische Erscheinungen im Zusammenhang mit einer luetischen Erkrankung wurde bereits früher hingewiesen.

Infektions- und sonstige symptomatische Psychosen.

Die Erfahrungen über Infektionspsychosen im Kriege beziehen sich vorwiegend auf Typhus. Seige beobachtete anläßlich einer Typhusepidemie im Feindesland bei meist unter 40 Jahre alten Soldaten des Feld-

heers Typhuspsychosen von besonderer „individueller" Färbung. Initialdelirien bekam er dabei so gut wie gar nicht zu sehen, was möglicherweise darauf zurückzuführen war, daß die Soldaten sich tagelang krank oder fiebernd auf Märschen usw. mitgeschleppt hatten. Nur einmal sah er ein ganz leichtes hypomanisches Vorstadium, und zwar bei einer Krankenpflegerin, die wohl an und für sich leicht cyclothym war.

Bei den Psychosen des Fieberstadiums war der geringe Prozentsatz auffallend (etwa 8—9% gegenüber bis 38% in der Literatur). Die Delirien boten im allgemeinen ein eintöniges Bild dar. Es bestand nur geringe Bewegungsunruhe, gewöhnlich lagen die Erkrankten anscheinend still und teilnahmlos da, machten aber dabei längere verwickelte Erlebnisse durch. Der Inhalt drehte sich vorwiegend und mit überraschender Monotonie um das Eiserne Kreuz (nicht selten bezogen sich diese Größenideen auf zwei und mehr Eiserne Kreuze), an zweiter Stelle, jedoch schon bedeutend seltner, stand die Idee der Ernennung zu Offizieren. Die Verleihung des Eisernen Kreuzes wurde fast stets an ein wahnhaftes Erlebnis geknüpft, das auf zahlreiche Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten schließen ließ, z. B. erzählte ein Soldat, daß er in einer Scheune „eine ganz unglaublich wichtige Sache wie einen kostbaren Apparat" bewachte, die Scheune brannte lichterloh, er ging aber nicht weg, da kam plötzlich der Kaiser mit großem Gefolge durch das Feuer geritten und brachte ihm zwei Eiserne Kreuze usw. Häufig kehrten auch eingebildete Kämpfe mit Flugzeugen wieder, die womöglich gleich heruntergeschossen wurden. Ängstliche Wahnbildungen waren im Gegensatz zur sonstigen Literatur höchst selten. Nur ein Soldat verkannte die Krankenschwester als Engländer, die Schnabeltasse als Browning und sprang ängstlich aus dem Bett. Ein freiwilliger Krankenpfleger beschuldigte sich des Mordes an einem Franzosen und erwartete den Feldgendarmen. Gegenüber diesen kriegerischen Assoziationen bezogen sich die Gedankengänge auf die Heimat recht selten. Einige Deliranten hörten allerdings die Angehörigen sprechen, oder glaubten sich ins Heimatsdorf versetzt. Die Kranken waren im Gegensatz zu den Alkoholdeliranten wenig suggestibel. Ein Parallelismus zwischen Temperatur und Fieberdelirium ließ sich nicht feststellen, die Abendstunden waren aber bevorzugt. Der Höhepunkt der Delirien lag zweifellos in der zweiten Krankheitswoche. Einzelne residuäre Wahnideen blieben nicht selten bis weit in die Genesung hinein bestehen, so verweigerten einige noch wochenlang nach Schwinden des Fiebers eigensinnig die Annahme der Mannschaftslöhnung, da sie Offiziere seien. Überhaupt ging das Eintreten der vollen Krankheitseinsicht meist nur ganz allmählich vor sich.

Neben den eigentlichen Fieberdelirien kamen auch recht häufig schwere Grade von Benommenheit und stärkster Bewußtseinstrübung vor. In der Defervescenzzeit entstanden nur wenige Störungen, die sich recht wesentlich von den beschriebenen Fieberdelirien unterschieden.

Andere psychische Störungen als die eigentlichen Fieberdelirien spielten nur eine geringe Rolle. Mehrfach kamen sehr heftige Erregungszustände im Sinne der infektiösen Dämmerzustände Ziehens, der epileptiformen Erregungszustände Bonhöffers vor. Nachdem

die Kranken trotz hohen Fiebers anscheinend psychisch frei gewesen waren, traten ganz plötzlich äußerst heftige Erregungen mit Verkennung der Umgebung und sinnloser Gewalttätigkeit gegen diese, anscheinend massenhafte Halluzinationen ängstlicher Art und Neigung zum Perseverieren auf. Nach tagelanger, durch Scopolamin kaum zu beeinflussender Dauer gingen sie in eine stuporöse Phase über, aus der langsam eine Klärung erfolgte. Nachträglich bestand fast vollkommene Erinnerungslosigkeit. Bei einem dieser Fälle ließ sich nachträglich eine schwere psychopathische Grundlage, wahrscheinlich epileptischer Art, feststellen. Er zeigte nach Abklingen des Dämmerzustandes und völliger Entfieberung noch oft grundlose Affektschwankungen, extreme Reizbarkeit und auch kurzdauernde Dämmerzustände, so daß er als dienstunfähig nach der Heimat entlassen wurde.

In einem anderen Falle handelte es sich um die Entwicklung eines ausgesprochen katatonischen Zustandsbildes, wie sie auch schon von anderer Seite beschrieben worden sind. Der erblich nicht belastete, bis dahin völlig gesunde Unteroffizier bot regungslos-steife Haltung, deutliche Katalepsie, zeitweise Grimassieren, Nahrungsverweigerung, stereotype sprachliche Äußerungen. Nach etwa 4 Wochen (etwa 8 Tage nach der Entfieberung) wurde er schnell freier und erholte sich bald, so daß er längst wieder Dienst tat. Zurück blieb nur die Amnesie an die Krankheitszeit.

Bei einer ganz ausnahmsweisen schweren Infektion bestanden stärkste meningitische Reizerscheinungen in der zweiten Krankheitswoche, die nach einigen Tagen zurückgingen.

Amentiaartige Bilder wurden trotz des teilweise recht unterernährten Körperzustandes der Kranken nicht beobachtet.

In einem Falle entwickelte sich bei einem 34jährigen Manne, der den Eindruck eines Potators machte, aber jeden Alkoholmißbrauch in Abrede stellte, aus wahnhaften Fiebererlebnissen heraus, ein Korsakowsches Zustandsbild mit völligem Verlust der Merkfähigkeit und Orientierung, zahlreichen Konfabulationen und ausgesprochener Polyneuritis, das nach etwa $^1/_4$jährigem Bestehen bereits eine deutliche Besserung zeigte.

Als Gesamtergebnis dieser Beobachtungen hebt Seige die verhältnismäßig geringe Zahl psychopathischer Krankheitsbilder überhaupt, das Überwiegen leichter Krankheitsbilder und das Hervortreten der von Bonhöffer als exogene Reaktionstypen geschilderten Formen hervor. Das im Hinblick auf die ungünstigen Verhältnisse im Felde etwas ungewöhnliche Ergebnis führt er auf das Fehlen primär psychopathischer Elemente und damit latenter Anlagen zurück, die durch toxische Stoffe zur Entwicklung gebracht werden könnten, sodann auch auf den vorzüglichen Geist, der in den Kranken herrsche und gegen neurasthenische und hysterische Einflüsse sich ablehnend verhalte. Ich glaube, daß man gut tut, gegenüber dem krankheitsverhindernden Einfluß des guten Geistes, zumal wenn es sich um die psychisch-nervösen Begleit- und Folgeerscheinungen von Infektionskrankheiten handelt, möglichst zurückhaltend zu sein.

Aus Jakobs an 300 Typhusfällen gewonnenen Erfahrungen ist erwähnenswert, daß seine Patienten im Gegensatz zu den Seigesche Fällen in den Delirien niemals von den letzten Ereignissen erzählten, trotzdem sie

noch unter deren Einfluß standen. Im übrigen wies eine Reihe von Kranken die schweren psychischen Störungen noch lange nach der Entfieberung auf.

Über psychische Veränderungen bei Tetanus der Kriegsverletzten berichtet Klieneberger. Vorherrschend war in der Regel eine apathische Stimmung. Die Kranken zeigten im allgemeinen einen auffallenden Mangel an Spontaneität, vielleicht bedingt durch die Schmerzen und die leichte Auslösbarkeit der Krämpfe. Das Bewußtsein war nicht getrübt, doch wurde zweimal eine leichte Benommenheit, einmal eine jaktationsartige Unruhe, gelegentlich Schlafsucht beobachtet. Vereinzelt kam es, besonders nachts, zu kurzen heftigen Schreiparoxysmen. Öfter bestand Licht- sowie Geräuschempfindlichkeit.

Von sonstigen psychotischen Erscheinungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten sind noch anzuführen: einige Begleitdelirien bei Cholera, die durch das anscheinend isolierte Fehlen tieferen Krankheitsbewußtseins und relative Euphorie bei sonst klarem Bewußtsein etwas auffällig waren (Stransky).

Zwei Fälle von sich bis zur Tobsucht steigernden halluzinatorischen Verwirrungszuständen bei Pneumonie, die mit völliger Amnesie einhergingen (Alt); Alt bringt diese Zustände mit einer durch die Kriegserlebnisse ausgelösten Übererregbarkeit und Eindrucksfülle der Großhirnrinde in Verbindung.

Fall von Dysenterie mit psychischer Alienation: anscheinend auf Erschwerung der Konzentration beruhende Verlangsamung der Reaktionen, der Auffassung, scheinbare Schwerhörigkeit, auffällige Unbekümmertheit, abwesender Gesichtsausdruck u. dgl. (Löwy). Von Löwy als Amentia oder korsakowartiger Zustand infolge Erschöpfung gedeutet.

Amentiafälle konnte Westphal bisher nicht mit Sicherheit feststellen, ebensowenig sah Cimbal typische Fälle.

Von sonstigen Psychosen sah Westphal 3 Fälle, die dem Bilde des sog. Delirium acutum entsprachen und jenen in akutester Weise tödlich verlaufenden Psychosen ähnlich waren, die Ökonomakis im Balkankriege beobachtete. Sie gingen mit stürmischer Erregung, großer motorischer Unruhe, deliriöser Verwirrtheit und Benommenheit einher und führten in akutem Verlauf zum Exitus, ohne daß die Sektion Klärung brachte. Westphal denkt trotz nicht sichergestellter alkoholischer Grundlage an die Möglichkeit eines atypischen Alkoholdeliriums im Hinblick auf Wollenbergs früher erwähnte Beobachtungen solcher schweren atypischen Delirien bei Kriegsteilnehmern.

Edel erwähnt zwei Todesfälle bei Offizieren im Gefolge von deliranter Verwirrtheit mit Herzschwäche. Er schreibt der Überanstrengung — bei dem einen auf dem Boden der Tabes, eine Rolle dabei zu.

Weygandt sah Meningitisfälle mit schweren psychischen Störungen. Bei dem einen, einem im Felde erkrankten Landsturmmann, bestand anfänglich sonderbares Verhalten, dann traten akutere psychische Symptome: wirre Redensarten, Nahrungsverweigerung auf, schließlich bestanden ausgesprochene körperliche Erscheinungen. Die Obduktion bestätigte die Diagnose. — In einem anderen Fall traten nach Sturz im Felde ohne Be-

wußtlosigkeit, Anfälle von Erregung und Schreien auf, später auch Krämpfe, hysteriformer Art mit Erbrechen. Dann setzte tiefe Benommenheit mit Zupfen an der Decke und den Genitalien, und gelegentlichem Umsichschlagen ein. Körperlich bestanden u. a. Nackenstarre, Schmerzhaftigkeit bei Kopfbewegungen, Pupillendifferenz, Trommelfellrötung, Druckerhöhung des Liquor mit massenhaften Leukocyten, Fibrinflocken und vereinten Diplokokken. Allmähliche Besserung bis zur völligen Heilung.

Von Cimbal wurden im Anschluß an die großen in außerordentlicher Hitze zurückgelegten Märsche in Belgien in 9 Fällen Folgezustände von Überhitzung beobachtet, die auf organischem Gebiete das Krankheitsbild der akuten Liquorkongestion, auf seelischem stuporartige Hemmungszustände boten. Bei nur drei chronisch gewordenen Fällen handelte es sich nachweislich um schwer Belastete; der eine noch kranke stammt aus einer Dementia-praecox-Familie und erkrankte unter dem Bilde des hysterischen Scheinschlafs, bot dann ein melancholisches Bild mit Selbstvorwürfen und Hemmung und zeigt zurzeit noch schwer neurasthenische Symptome. Daß Bittorf jeden schwereren Hitzschlaganfall von hysterischen Nachkrankheiten gefolgt sah, wurde schon früher hervorgehoben, ebenso wie Wollenbergs neurasthenische Folgeerkrankungen.

Von sonstigen symptomatischen Psychosen sei ein Kafkascher Fall erwähnt, wo ein Kriegsteilnehmer nach starken psychischen Aufregungen mit Wein- und Lachkrämpfen, Angst, schweren Träumen, Mattigkeit, Sensibilitätsstörungen erkrankte, im Kriegslazarett Nystagmus, „manisch-depressives Verhalten", Steigerung der Reflexe bot und zuletzt sehr gesteigerte Sehnenreflexe, Tremor und schwere Träume aufwies. Kafka stellt die Diagnose: multiple Sklerose, hervorgerufen vor allem durch psychische Traumen, trotz Fehlens von deutlichem Nystagmus, Intentionstremor und Augenhintergrundsveränderungen auf Grund des an multiple Sklerose erinnernden psychischen Verhaltens (Depression mit einer gewissen Euphorie, Witzelsucht), ferner auf Grund der vollkommen fehlenden (gegen Psychoneurose sprechenden?) Suggestibilität, der skandierenden Sprache und des Gehirnabbau ergebenden Ausfalls der Abderhaldenschen Reaktion

Bemerkt sei endlich noch, daß Alt einen Kriegsfreiwilligen sah, der im Etappenlazarett zum Morphinisten geworden war und mit der Diagnose Meningitis in erregtem Zustande zugeführt wurde. Alt hält die Gefahr des Morphinismus bei erschöpften Kriegern für besonders groß.

Organisch-traumatische psychische Störungen.

Von Interesse sind zunächst an dieser Stelle die Beobachtungen Poppelreuters an hirnverletzten Soldaten, wonach überraschenderweise Leute mit nach der Schädelbetrachtung recht großen Hirnzerstörungen bei der gewöhnlichen Untersuchung überhaupt keine ernstlichen psychischen Defekte zu haben angeben, solche allerdings bei eingehender psychologischer Untersuchung fast immer zu finden seien. Dabei war in allen den Fällen, die eine Verletzung im Sprachgebiet aufwiesen, die Rechenfähigkeit beeinträchtigt, auch dann, wenn eigentliche aphasische Störungen vermißt wurden. Weiter fanden sich bei allen Hirnverletzungen — auch der

rechten Hemisphäre — Störungen des Gedächtnisses, und zwar überwiegend der Merkfähigkeit. Die Erinnerungsfähigkeit für Vergangenes schien mehr durch Allgemeinstörungen, Granatshock und Gehirnerschütterung geschädigt zu werden. So hatte ein 8semestriger Mediziner seine ganzen chemischen Formeln und Rezepte verloren. Lokalisierte Hirnverletzungen machten nicht nur die speziellen Ausfallssymptome, sondern vermochten auch die ganze Persönlichkeit wesentlich zu ändern durch Herabsetzung und Steigerung der Affektivität, Einbuße an Initiative, leichtere Ermüdbarkeit, allgemeine Langsamkeit, Verminderung der Resistenzfähigkeit gegen Alkohol usw. Eine bestimmte Gesetzmäßigkeit in solchen Fällen aufzustellen, ist allerdings nach Poppelreuter noch nicht möglich, da die gerade bei Kopfverletzungen aus naheliegenden Gründen so häufige Superposition von psychogenen Reaktionen und das Fehlen der Anamnese das Bild noch zu sehr trübten.

Diesen Erfahrungen sind gewisse Beobachtungen von Weygandt gegenüberzustellen, der hervorhebt, wie manchmal eine recht erhebliche Hirnverletzung die psychischen Leistungen völlig unberührt lasse. In einem seiner Fälle mit Schädelabsprengung in der Gegend der rechten Zentralwindung bestand auch nach chirurgischen Wundversorgung noch ein nahezu hühnereigroßer Prolaps und doch bot der Verwundete nur eine linksseitige Armparese, war dagegen psychisch ungestört. In einem anderen Falle dagegen, in dem nach einer Granatsplitterverletzung an der rechten Kopfseite Krämpfe mit Bewußtlosigkeit eintraten, bildete sich nach der darauf erfolgten Operation neben einer Parese des linken Armes, erheblich beschleunigter Herztätigkeit und Decubitus, eine Veränderung im ganzen Wesen mit Depression, Lebensüberdruß usw. aus. — Psychische Veränderungen hat Poppelreuter speziell auch bei Verletzung der vorderen Stirnhirnpartien beobachtet. In einem Fall von ausgedehntem Substanzverlust bestand eine später verschwindende Zotensucht und Haltlosigkeit im Umgang, in einem anderen auffällige chronisch-lustige Stimmung mit Neigung zur Disziplinlosigkeit. In zwei anderen Fällen verlief dagegen die Läsion anscheinend symptomlos.

Eigenartige Gedächtnisstörungen nach Hirnherdverletzungen beobachtete Alzheimer. In dem einen Fall, wo ein Gewehrschuß von Ohr zu Ohr quer durchging und 7tägige Bewußtlosigkeit und rechtsseitige Hemianopsie hervorbrachte, trat ein völliger Verlust des Gedächtnisses (für seinen Namen, das Regiment, bei dem er gedient usw.) auf, ein Erinnerungsdefekt, der 7 Wochen nach der Verletzung wieder völlig zurückging. Ähnlich in einem anderen Falle, wo ein Schrapnellschuß eine schwere Knochenverletzung auf der rechten Scheitelhöhe, siebenstündige Bewußtlosigkeit und linksseitige Hemianopsie erzeugt hatte. Auch hier bestand völliger Gedächtnisschwund, Verlust aller Erinnerungen an den Feldzug. Es erfolgte allmähliche Rückkehr einzelner besonderer Erlebnisse, dabei aber noch Unmöglichkeit, die Lücken auszufüllen. Dabei bestanden sonderbare Verschiebungen in der zeitlichen Lokalisation und der Lebhaftigkeit der Erinnerungen, so daß nur einige Wochen zurückliegende Erlebnisse wenigstens 10 Jahre, Kindheitserlebnisse nur wenige Tage zurückzuliegen schienen und infolge-

dessen große Schwierigkeit bestand, alles richtig einzuordnen. Nach 4 Wochen waren die Erinnerungen wieder klar geordnet.

Einen ausgedehnten amnestischen Defekt und schwere Gedächtnisstörung nach Granatkontusion erwähnt auch Gregor, wobei er aus der Art dieser Anomalien und den neurologischen Symptomen auf eine organische Grundlage schließt und den Fall zur Korsakowschen Geistesstörung, mit der eine weitgehende Symptomenähnlichkeit bestand, und zur Amnesie nach Erhängungsversuch in Beziehung setzt.

Marburg weist übrigens auf das gelegentliche Auftreten schwerer psychischer Störungen nach Streifschüssen des Schädels hin: stuporartige und korsakowartige Bilder, die gewöhnlich nach 3—4 Wochen sich besserten und später heilten. In den letzteren Fällen ließ sich chronischer Alkoholismus nachweisen. — Daß die organisch-traumatischen Kommotionspsychosen sich durchaus nicht immer in das Gewand des amnestischen Symptomenkomplexes zu kleiden brauchen, dessen differentialdiagnostischen Wert gegenüber psychogenen Störungen besonders Bonhöffer hervorhebt, wird von Gaupp betont.

Beachtenswert ist schließlich Picks Hinweis auf die durch die Kriegsverletzungen in Massen gebotene Gelegenheit, Anomalien des Körperbewußtseins zu beobachten, wie sie durch peripher ausgelöste Störungen des zentralen Nervensystems bedingt sein können (nachdauernde Empfindungen, mit Schmerzen verknüpfte Bewegungsempfindungen, Empfindung der allmählichen Annäherung der distalen Teile an den proximalen Stumpf bei amputierten Gliedern usw.).

Kriegsfärbung und Kriegspsychose.

Die bisher gewonnenen Erfahrungen bezüglich der Beeinflussung der Bewußtseinsinhalte und der Vorstellungswelt in pathologischen Fällen durch den „Kriegskomplex“ und der Determinierung der Symptome durch den Krieg werden durch weitere bestätigt und erweitert.

Westphal erwähnt, besonders deutlich pflege bei Manisch-Depressiven die Ideenflucht und der Betätigungsdrang der manischen Phase an die Kriegserlebnisse anzuknüpfen, während im depressiven Stadium die Wahnideen häufig mit dem Krieg in Zusammenhang stehende Verarmungs- und Versündigungsvorstellungen zum Inhalt hätten. Auf Seiges Erfahrungen an den Delirien der Typhösen, die sich mit ganz überraschender Monotonie ums Eiserne Kreuz und dessen Vielfaches drehten, viel seltner um angstvolle Kriegserlebnisse, wurde schon hingewiesen. Dieses Vorherrschen von Wunschdelirien bei Infektionskrankheiten erscheint einigermaßen überraschend, die Bevorzugung der Wunschrealisierungen in Bewußtseinstrübungen dürfte also nicht das alleinige Vorrecht der Hysterie sein. Seige spricht im Hinblick auf diesen eigenartigen Inhalt direkt von „mannhaften Delirien“, in denen sich der vorzügliche Geist, der in unseren Kranken herrsche, widerspiegele. Ich würde meinen, daß man solche vom patriotischen Gefühl eingegebenen Gesichtspunkte, die übrigens auch in anderen psychiatrischen Arbeiten wiederkehren, doch besser von der wissenschaftlichen Debatte fernhält, sonst könnte es schließlich noch so weit

kommen, daß man auch im tonischen Krampfstadium den Ausdruck straffer Manneszucht wiederfindet. — Im übrigen muß auch hier nochmals auf die entgegengesetzte Erfahrung von Jakob hingewiesen werden, wonach seine Typhusdeliranten niemals von den letzten Kriegsereignissen sprachen, wiewohl sie unter deren Einfluß standen. Auch Alzheimers Fall von hysterischem Dämmerzustand nach Granatexplosion, der gerade vom Kriege nichts wußte, während er über sein früheres Leben Auskunft zu geben vermochte, ist bemerkenswert. Es liegt nahe, hier eine gewissermaßen negative Symptomendeterminierung anzunehmen, eine durch die unlustvollen Kriegserlebnisse inhaltlich bestimmte und begrenzte systematische und elektive Amnesie, wie sie ja mutatis mutandis bei den psychogenen Haftpsychosen etwas Alltägliches ist. Für die Häufigkeit der Kriegsinhalte bei hysterischen Dämmerzuständen und sonstigen psychogenen Erlebnisnachwirkungen geben im übrigen, was beiläufig noch bemerkt sei, auch die diesmaligen Beobachtungen reichliche Belege.

Die Kriegspsychose im engeren Sinne als Krankheitsform eigener Art wird selbstverständlich, wie bisher so auch weiter, von den Autoren abgelehnt, während gewisse symptomatologische Eigenheiten, so die eben erwähnte Kriegsfärbung, sodann aber auch gewisse bevorzugte Kriegspsychosen mit vollem Recht anerkannt werden. Soweit ich es übersehen kann, handelt es sich auch weiterhin bei diesen als besonders charakteristisch für den Krieg hingestellten Psychosen um Krankheitsbilder, die psychogene oder Erschöpfungspsychosymptome in mehr oder weniger voller Reinheit oder in wechselnder Kombination und Mischung darbieten. So hält beispielsweise Weber die Granatkontusionsneurosen am ehesten für die Bezeichnung als spezifische Kriegsneurose geeignet wegen einheitlicher Kriegsätiologie und der weitgehenden symptomatologischen und Verlaufsgleichartigkeit und Cimbal nennt als die häufigsten unter den „Kriegspsychosen im engeren Sinne" die Erschöpfungs- und Überreizungspsychosen, wie sie besonders nach überstandener Ruhr oder Typhus, viel seltner nach peripheren Verwundungen zur Entwicklung gelangten. Wenn Cimbal übrigens in dem gleichen Zusammenhange u. a. erwähnt, sowohl die Sinnestäuschungen wie die besonders häufigen nachträglichen Erinnerungsfälschungen dieser delirienartigen Dämmerzustände lägen in der Richtung verdrängter Abwehr, so regt er in einem selbst den Wunsch an, über Art und Inhalt dieser verdrängten Abwehr bei Kriegspsychosen Näheres zu erfahren.

Cimbal spricht auch von einer charakteristischen „Gefechtspsychose des Stellungskampfes", die leider nur in dem äußeren Verhalten der von ihr Befallenen, nicht in ihren symptomatologischen Eigenheiten und ihrem klinischen Wesen gekennzeichnet wird: Nach mehrtägigem Liegen im Schützengraben stehen die Kranken plötzlich auf, um in dem Glauben, das Signal zum Angriff bekommen zu haben oder selbst angegriffen zu werden, heraus und meist auf den Feind zu stürzen, wobei sie natürlich verloren sind, wenn es den anderen nicht gelingt, sie zurückzuhalten. Die Fälle, die Cimbal als Belege gibt, sind nicht geeignet, die hierbei auftauchenden klinischen Fragen zu klären und die Einheitlichkeit der Fälle darzutun. Es handelt sich

um drei Fälle, die unter Anklage der Feigheit standen. Einmal lag ein jahrelang bestehendes Zwangsirresein vor, zweimal „psychogene Erregungszustände vom Charakter der Erschöpfungspsychosen". Die Straftat, ein verworrenes sinnloses Laufen parallel zur feindlichen Schützenlinie auf eine nahe Waldung, war im ersten Fall durch Sinnestäuschungen ausgelöst und hatte eine teilweise Amnesie hinterlassen. — Weygandt bestätigt übrigens dieses plötzliche Vorstürmen aus den deutschen Reihen blindlings ins feindliche Feuer hinein. So allgemein geschildert, würde ich daran denken, daß es sich hierbei um impulsive Reaktionen auf illusionäre und oder halluzinatorische Wahrnehmungstäuschungen handelt, wie sie ja besonders bei Abgespannten und Erschöpften unter dem Einfluß der in bestimmter Richtung eingestellten Erwartung und Spannung zustande kommen.

Von Löwy wird eine Kriegspsychose nach Tyl geschildert, die zum allergrößten Teil bei vom serbischen Kriegsschauplatz kommenden Offizieren beobachtet wurde. An erster Stelle trat eine deprimierte Grundstimmung mit durchaus pessimistischer Auffassung der Kriegslage, zugleich eine hohe Reizbarkeit und Erregbarkeit hervor — in einem Falle ein Schwanken zwischen Rührung und Gereiztheit bei gleichzeitigen hysterischen Sensibilitätsstörungen. In allen Fällen bestand, trotz anfangs schläfrigem Ausdruck, schlechter Schlaf und immer wieder Auftreten der Schreckbilder von eigenen Erlebnissen in Träumen, und in den Vorstellungen und Erinnerungsbildern am Tage. In der Regel war nebeneinander Unruhe und Apathie mit Gedankenleere und Abreißen des Gedankenfadens, wohl auf Konzentrationserschwerung beruhend, vorhanden. Ein Fall wird angeführt, der durch deutliche subjektive und objektive Hemmung in Sprache, Bewegungen und Gedankenablauf, isolierte Selbstanklage als Massenmörder (mit dem Maschinengewehr) und gewisse depressive Eigenbeziehung, Schlaflosigkeit und ständiges zwangsmäßiges Erinnern an die Schreckerlebnisse sich kennzeichnet. Auf körperlichem Gebiet war regelmäßig Patellarreflexsteigerung, häufig konzentrische Gesichtsfeldeinengung, noch häufiger Analgesie, ferner Tremor, Abmagerung, schlechter Appetit und Obstipation nachweisbar. Früher waren die Offiziere nicht durch eine vorher bestehende psychische Labilität und Vulnerabilität aufgefallen. Verlauf und Ausgang war nach mehrwöchiger Ruhe günstig, die Mehrzahl steht schon wieder an der Front. Als Ursachen werden von Tyl wieder die psychischen und körperlichen Schädlichkeiten anerkannt, die bei diesen Offizieren auf diesem Kampfgebiet wirksam waren. Löwy selbst kennzeichnet die Erkrankungen als reaktive Störungen bei Gesunden, als einen Niederbruch unter der Belastung durch Kriegserlebnisse und Strapazen, der in psychopathischen Episoden von Erregung und reaktiver Depression sich kundgebe. Bald überwiege die Apathie, bald die Erregung, am häufigsten bestehe eine Mischung von Depression, Erregbarkeit und Apathie. — Nun, diese Tyl - Löwysche Kriegspsychose gibt, wie man sieht, nichts Neues, sie hält sich durchaus im Rahmen dessen, was im ersten Bericht von diesen Störungen gesagt wurde. (Kombination von psychogenen und Erschöpfungssymptomen.) — Auch der „Kriegsknall" Stranskys, jene psychotraumatische Störung vom Charakter der pathologischen Affekte, wie sie im Kriegsmilieu gelegentlich zum Ausdruck kommt,

mag hier der Vollständigkeit halber unter den „Kriegspsychosen" nochmals Erwähnung finden.

Psychiatrisch-Forensisches und Gutachtliches.

Forensische Fälle und Begutachtungen spielen in der weiteren Berichtszeit bereits eine größere Rolle.

Kastan meint, von vornherein liege die Möglichkeit vor, daß sich die Verbrechen im Heere während des Krieges von denen im Frieden, welche sich im großen ganzen auf Fahnenflucht, Entfernung von der Truppe, Gehorsamsverweigerung und Achtungsverletzung bezögen, wegen der andersartigen Zusammensetzung des Feldheeres und der im Felde die Truppen stärker beherrschenden Affekte, nicht ganz übereinstimmten. Seine eigenen Beobachtungen zeigten aber, daß auch die im Felde begangenen Delikte ähnlich waren, sowie daß sie eine große Einförmigkeit aufwiesen.

Unter 521 bis Februar 1915 in der Königsberger Klinik behandelten Soldaten waren 50 gerichtlich verfolgte Fälle. Unter diesen 50 waren 3 Offiziere (einer aktiv, einer zur Disposition gestellt, einer außer Diensten), 2 Militärbeamte, 7 Kriegsfreiwillige (davon ein Gefreiter, zwei dem Landsturm angehörig), 8 aktive Soldaten (hiervon 5 Arbeitssoldaten), 6 Reservisten (davon ein Gefreiter, ein Feldwebel, ein Vizefeldwebel), 10 Landwehr- und 7 Landsturmmänner (davon ein Sergeant, ein Vizewachtmeister und 2 Unteroffiziere), dann noch ein Armierungsarbeiter und im übrigen Krankenwärter, Ersatzreservisten und zur Disposition der Ersatzbehörden Stehende. Von diesen waren 4 bereits früher vom Militär entlassen, und zwar 2 wegen geistiger Störung. 5 hatten sich bereits in Trinkerheil- oder Irrenanstalten befunden. 15 waren vorbestraft, davon einer nur beim Militär, 9 nur vom Zivilgericht. Einer war vom Zivilgericht wegen Geistesschwäche exkulpiert. Die in Zivil begangenen Verbrechen waren fast durchweg andere, als die, welche die jetzige Beobachtung veranlaßt hatten.

Was die Art der festgestellten Psychosen angeht, so machten die sog. einfachen Seelenstörungen einen ziemlich geringen Prozentsatz der beobachteten aus. Die Manisch-Depressiven fehlten überhaupt, ebenso die Paralytiker, wiewohl doch hier das paralysefähige Alter vorwiegend vertreten war. 8 Fälle betrafen Dementia praecox, 9 Imbezille, 12 Psychopathen, 12 Alkoholisten, 4 Epileptiker, 2 Hysteriker.

Im einzelnen ist anzuführen: In 2 von den 8 Dementia-praecox-Fällen handelte es sich möglicherweise um psychogene Zustände. In einem dieser Fälle waren die Wahnideen inhaltlich durch die aktuellen Ereignisse mit beeinflußt (ebenso bei einem anderen Schizophrenen). Einer war wegen Verrats militärischer Geheimnisse angeklagt, ein Delikt, das mit seinen Wahnideen zusammenhing, einer wegen Majestätsbeleidigung, die gleichfalls aus seinen Krankheitssymptomen hervorgegangen war, bei dreien handelte es sich um Fahnenflucht, bei einem um Körperverletzung. Außerdem kam noch Körperverletzung, Entziehung von der Dienstpflicht und Gehorsamsverweigerung vor.

Die Imbezillen waren größtenteils der Entfernung von der Truppe bzw. der Fahnenflucht angeklagt. Daneben fand sich noch einmal Dieb-

stahl, Körperverletzung und tätlicher Angriff. Einer war wegen Meuterei und Aufwiegelung, einer wegen Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung und einer wegen Gehorsamsverweigerung allein zur gerichtlichen Verantwortung gezogen. Bei der Entfernung von der Truppe wirkten als Motive bei diesen Imbezillen einerseits die Unfähigkeit, aus eigener Initiative den verlorengegangenen Truppenteil wiederzufinden, andererseits die Furcht vor der Bestrafung. Im übrigen ließ sich feststellen, daß die Schwachsinnigen schon früher die gleichen Verbrechen oder ähnliche Handlungen in nicht verbrecherischer Weise ausgeführt hatten.

Unter den Psychopathen waren die verschiedensten Typen vertreten. Fast alle hatten es zu Affektverbrechen kommen lassen, insbesondere spielten Achtungsverletzung, Gehormsamsverweigerung und Sachbeschädigung eine große Rolle. Auch Fahnenflucht kam vor, ebenso einmal in einem nicht exkulpierten Falle Feigheit vor dem Feinde. Fast alle wiesen in ihrem Vorleben vom Normalen abweichende Züge auf. Von den 5 Arbeitsoldaten waren 4 Psychopathen (der fünfte imbezill). Von diesen war nur einer im Zivilleben überhaupt nicht vorbestraft. Er bekam haftpsychotische Erregungszustände. Ein anderer brach nach der Entlassung aus der Klinik bald aus dem Lazarett aus und verübte einen Einbruch. Ein Kriegsfreiwilliger, der schon früher als Kadett als Psychopath erkannt und vom Militär entlassen worden war, brachte, als er verletzt zurückgeschickt war, allerhand zum Teil renommistische Schwindeleien vor. Die 2 Hysterischen waren wegen Fahnenflucht überwiesen, ebenso 3 von den 4 Epileptikern.

Bei den Alkoholisten handelte es sich zum Teil um Anklagen wegen Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung, Beleidigung. In 3 Fällen lag pathologische Alkoholreaktion vor, 2 halluzinierten und wurden bedrohlich, 2, bei denen eine traumatisch-neurasthenische Komponente hinzutrat, machten sich des Diebstahls und der Entfernung von der Truppe schuldig. Ein Dipsomane hatte seit der Mobilmachung drei poriomanische Episoden, von denen die letzte sofort nach der Entlassung aus dem Gefängnis begann. Bei 3 Fällen mit pathologischen Räuschen lag Komplikation mit Neurasthenie resp. traumatischer Basis vor. Es handelte sich um typische Fälle mit vollkommener Amnesie. Einmal lag Entfernung von der Truppe, einmal tätlicher Angriff, einmal schwere Körperverletzung vor, der Angeschuldigte hatte sich vorreden lassen, er müsse eine Spionin erschießen und hatte eine Frau aus der Zivilbevölkerung durch Gewehrschuß schwer verletzt.

Ganz allgemein schließt Kastan aus diesen forensischen Beobachtungen bezüglich der psychologischen Eigenart der Delikte: Wo eine stärkere Affektbetonung und eine kräftigere Initiative vorhanden sei, komme es gewöhnlich zu Achtungsverletzung oder tätlichem Angriff; wo diese fehlten, zur Entfernung von der Truppe, die übrigens nie im Gefecht, sondern bei irgendwelcher anderen Gelegenheit erfolgte.

Bei Hübners Beobachtungen handelte es sich seit Beginn der Mobilmachung um 23 strafrechtlich begutachtete Fälle.

Die Delikte waren nur dreimal in der Front, in allen übrigen Fällen im Inlande begangen.

Nichtmilitärische Verbrechen fanden sich nur 7 mal (3 Diebstähle,

1 Betrug, 1 Sittlichkeitsverbrechen, 1 Beleidigung, 1 mal unerlaubtes Tragen des Eisernen Kreuzes).

Die militärischen Delikte betrafen: Unerlaubte Entfernung 10 Fälle, Achtungsverletzung 2, tätlicher Eingriff 2, Beleidigung eines Vorgesetzten 1, Mißbrauch der Waffe 3, Feigheit 1 mal. Einigemale waren von derselben Person mehrere Bestimmungen der Strafgesetze überschritten.

Von den Untersuchten konnte keiner in klinischem Sinne als gesund bezeichnet werden. Für unzurechnungsfähig im Sinne § 51 StGB. wurden 8 Kranke erklärt, und zwar 3 Manien, eine Verwirrtheit, ein epileptischer Dämmerzustand, eine Paralyse, eine Dementia praecox und 2 Fälle von pathologischem Rausch. (Letztere waren Psychopathen, die sich des Mißbrauchs der Waffen schuldig gemacht hatten, indem sie nach einer Periode größerer Anstrengungen sowie ungenügender Ernährung und völliger Alkoholabstinenz im Felde bei erstmaligem erneuten Genuß einiger Gläser Wein in heftige Erregungszustände verfielen und in diesem Zustande die Umgebung mit der Waffe mißhandelten. Nach tiefem Schlaf erwachten beide mit vollständiger Amnesie.)

In zwei Fällen wurde die Zurechnungsfähigkeit als zweifelhaft erklärt. Auch bei ihnen spielte der Alkohol eine gewisse Rolle. In dem einen handelte es sich um Diebstähle, die ein Soldat, im Zivilberuf Apotheker, während seines Lazarettaufenthalts im Zimmer von Kameraden nachts ausgeführt hatte. Es war ein schwer psychopathischer Mensch, der kurz vorher eine schwere Kopfverletzung durch Streifschuß erlitten, im Anschluß daran eine Gesichtsrose durchgemacht und noch dazu zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen unter Alkohol gestanden hatte. Der zweite Fall, ein starker Trinker und vielfach vorbestrafter Mensch, war der unerlaubten Entfernung, der Erregung öffentlichen Ärgernisses, unzüchtiger Handlungen mit Kindern und der Beleidigung des hinzukommenden Vaters angeschuldigt. Aus den nicht sehr zuverlässigen Angaben des Angeklagten und seiner Angehörigen ergab sich der Verdacht auf Epilepsie (Abstammung von Trinkern, Anfälle in der Kindheit, sinnloses Fortlaufen in der Lehrzeit, Verstimmungszustände und zeitweilige Reizbarkeit). Aber auch ohne die Annahme der Epilepsie handelte es sich immer noch um einen schwer entarteten Menschen, der — bei Berücksichtigung des Alkoholmißbrauchs und des wahrscheinlichen Alkoholeinflusses bei der Tat — in seiner Zurechnungsfähigkeit erheblich beschränkt war. Er wurde in zwei Instanzen verurteilt.

Unter den für zurechnungsfähig Erklärten war der eine wegen Feigheit vor dem Feind angeklagt (§ 85 MStGB.). Es handelte sich um einen Psychopathen, der unter den besonderen Anstrengungen des Feldzugs — er kam direkt von der Kavallerie in den Schützengraben, litt unter Schlafmangel und ungenügender Ernährung — nun nach zweitätiger Beschießung des Grabens und Einschlagen eines Volltreffers weglief und erregt, ängstlich und zitternd sich bei den 600 m nach hinten gelegenen Artilleriestellungen einfand. Der Sachverständige hielt im Hinblick auf die pathologische Charakterveranlagung, den voraufgegangenen Nahrungs- und Schlafmangel, den ungewohnten Dienst bei der Infanterie und die Heftigkeit des Granatfeuers mildere Beurteilung für angebracht, das Gericht hielt aber die Voraus-

setzungen des § 51 StGB. für gegeben. Möglicherweise lag übrigens in diesem Fall nur unerlaubte Entfernung vor, da der Beschuldigte sich damals krank fühlte, sich auch krank melden wollte, aber den Kompagnieführer nicht erreichte.

Unter den sonstigen Zurechnungsfähigen spielte das Delikt der unerlaubten Entfernung, bei diesen Grenzzuständen wohl mit bedingt durch die Gewöhnung an die Unregelmäßigkeiten des Lebens im Felde und die Entwöhnung vom geordneten Alltagsdienst und begünstigt vom Alkoholgenuß, eine besondere Rolle.

Des weiteren handelte es sich bei den für zurechnungsfähig Erklärten um sozial schwierige Fälle, Imbezille, Hysteriker, Psychopathen usw., die zwar sehr bald als ungeeignet zum Heeresdienst erkannt werden, meist aber während ihrer Dienstzeit schon strafbare Handlungen begangen haben und dazu ein Vorleben aufweisen, das sie in den Grenzprovinzen geradezu staatsgefährlich erscheinen läßt. Als zurechnungsfähig erklärt, konnten sie glücklicherweise durch längere Strafe unschädlich gemacht werden.

Von sonstigen forensischen Einzelbeobachtungen seien angeführt: Fall von Meyer: Psychopath mit Pseudologia phantastica und psychogenen Anfällen, der sich mit dem gefälschten Auftrag eines Generalstabsoffiziers bei der Leitung der Befestigungen gemeldet und dort als Festungsbauleutnant beschäftigt wurde. Als er wegen Anfällen ins Lazarett geschickt wurde, kam die Fälschung heraus. Er war 1911 wegen hysterischer Anfälle als Pioniergefreiter als dauernd dienstunfähig entlassen worden und seit Jahren in der Klinik in Behandlung gewesen. In der Wohnung seiner Eltern war ein gefälschtes Offizierspatent eingerahmt. Interessanterweise war er bisher trotz vieler Neigung zu Vortäuschungen und Übertreibungen nicht kriminell geworden.

Fall von Binswanger: Hysterischer der früher nach einem Unfall im Bergwerk schon wiederholt hysterische Anfälle gehabt und zuletzt wegen Anfällen ins Lazarett gekommen war. Er war wegen Entfernung von der Truppe angeklagt, weil er im Dämmerzustand das Feldlazarett in Feindesland verlassen und planlos umhergefahren war.

Fall von de la Motte: Ingenieur, Landsturmmann, als Adventist zunächst im Sanitätsdienst beschäftigt, verweigert beim Dienst mit der Waffe am Sonnabend den Dienst und erhält schließlich wegen Impfverweigerung strengen Arrest. Er erkrankt an einer psychogenen Haftpsychose, hört Gottesstimme, die ihm zuruft, den Mitmenschen zu verkünden, das Ende des Krieges sei gleichbedeutend mit dem Ende aller Dinge. Nach Verbüßung der Strafe in der Kaserne scharf bewacht, hört er wieder eine Stimme: „Du kommst fort, geh weg.“ Er sieht dies als Zeichen des Himmels an und entfernt sich im unbewachten Augenblick, übt dann draußen eine exzentrische religiöse Tätigkeit aus, veröffentlicht Offenbarungen usw., bis er von den Glaubensgenossen der Polizei überwiesen wird. Die angeordnete ärztliche Untersuchung ergab körperlich zahlreiche hysterische Stigmata sowie religiöse Exaltiertheit. Er erklärte unter einem unwiderstehlichem Zwange gehandelt zu haben. Unzurechnungsfähigkeit wurde angenommen, weil eine hysterische Psychose bestand, in der der im Unterbewußtsein

schlummernde Wunsch nach Freiwerden vom Militärdienst klar zum Ausdruck kam.

Weiterer Fall von de la Motte: Landsturmrekrut, durch schlechte Dienstführung auffällig, wirft das Maschinengewehr hin, will in die Kaserne zurückkehren. Er bietet typisch schizophrene Symptome, seit zwei Jahren Gehörshalluzinationen usw. Unzurechnungsfähigkeit wird angenommen, im übrigen auch Dienstbeschädigung anerkannt, da die Geisteskrankheit sich nachweislich im Dienst verschlimmert habe. Fall von Orth: Wegen Fahnenflucht angeklagter Soldat der schon als Dienstknecht mehrere Male seinen Platz verlassen hatte. Offenbar schleichend entstandene Dementia praecox, die im Lazarett einen akuten Schub mit Sinnestäuschungen und Wahnideen bot. Für unzurechnungsfähig erklärt.

Bezüglich der Simulationsfrage schließt Aschaffenburg auf Grund der bisherigen Erfahrungen, daß die Simulation selten sei, und zwar bei Feldkranken noch seltner als bei Neueingestellten. Aggravation war häufiger, auch diese vorwiegend bei Neueingestellten. Auch Hübner fand reine Simulanten selten. Verhältnismäßig häufig wurden mit Krämpfen Behaftete, namentlich Hysterische, als solche angesehen, wiewohl sie neben den Anfällen auch noch andere Symptome z. B. Analgesien darboten. Bei den echten Simulanten handelte es sich das eine Mal um einen Degenerierten, der an Anfällen und Dämmerzuständen litt, die jedesmal dann auftraten, wenn er sich unerlaubt entfernt hatte oder sonst unangenehm aufgefallen war. In der Klinik informierte er andere zur Beobachtung Eingelieferte heimlich über die Symptomatologie der Dämmerzustände. Ein Hysteriker brachte sich künstlich tiefe Hautwunden bei, um nicht ins Feld geschickt zu werden. Zwei weitere Patienten, beides Psychopathen, kamen aus dem Felde mit oberflächlichen Messerstichen in den Oberschenkeln wieder. Den Ärzten gaben sie an, sie hätten die Stiche von Franktireurs erhalten, während sie einzelnen Kameraden erzählten, daß sie sie sich selbst beigebracht hätten. Keiner dieser Fälle war so eindeutig, daß eine strafrechtliche Verfolgung nach § 81 MStGB. hätte durchgeführt werden können.

Im Interesse einer eindeutigen Verwendung des Simulationsbegriffs möchte Ref. hierzu bemerken: Da die Psychiatrie unter Simulation lediglich ein zwecks Vortäuschung von Geisteskrankheit künstlich erzeugtes und zur Schau getragenes äußeres Verhalten versteht, so würden Fälle wie die letzten drei, da sie keine geistige Erkrankung vortäuschen, für den Psychiater überhaupt nicht unter die Simulanten fallen. Man kann sie aber auch sonst nicht dazu rechnen, denn sie täuschen ja auch keine körperliche Krankheit vor. Die Wunden, die sie zur Schau tragen, haben sie ja tatsächlich. Sie sind höchstens als Lügner anzusprechen, insofern sie falsche Angaben über die Herkunft ihrer Verletzungen machen. Davon abgesehen, kann man eine auf dem Boden der Degeneration, der Hysterie und Psychopathie erwachsene Simulation, bei der also wohl pathologische Momente mitsprechen, doch wohl nicht gut als „echte" bezeichnen.

Interessant ist die Gauppsche Beobachtung, wo ein klinisch ganz unverständliches psychotisches Bild scheinbar halluzinatorischer Erregung mit übertriebener clownhafter Mimik und völliger Orientierung ohne jede Bewußt-

seinstrübung infolge einer Granatverschüttung entstanden sein sollte. Sie erwies sich hinterher als Simulation eines durchtriebenen Burschen, der unter falschen Angaben, aus Angst vor den Granaten geflohen war und eine Anklage wegen unerlaubter Entfernung von der Front sich zugezogen hatte.

In der Frage der Dienstbeschädigung bei Kriegspsychosen hebt Weygandt die Schwierigkeit des wissenschaftlichen Nachweises einer bestimmten Ätiologie bei diesen Störungen — insbesondere bei der einen beträchtlichen Teil der Fälle betreffenden Dementia-praecox-Gruppe — hervor, so daß man über die bloße Annahme einer Wahrscheinlichkeit oder auch über eine vage Möglichkeit nicht hinauskomme. Er hält es zur Vermeidung von Härten und zwecks weitgehender Zuerkennung der Dienstbeschädigung (über deren Berechtigung sich allerdings streiten läßt. Ref.) für zweckmäßig, daß die Militärbehörden nicht wie die Versicherungsämter fragen, ob die psychische Störung mit Gewißheit oder an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch den Krieg verursacht worden, sondern vielmehr ob ein Zusammenhang des Krankheitszustandes mit dem Kriege anzunehmen ist.

Das Gros der Hübnerschen Fälle, bei denen Versorgungsansprüche in Frage kamen, betraf solche Kranke, die in das Gebiet der Unfallneurosen gehörten. In drei Fällen handelte es sich dabei um Personen, die früher bereits versucht hatten, auf Grund einer traumatischen Neurose von anderen Behörden Renten zu erlangen. Als berechtigt wurden die Ansprüche in einem Fall von Paralyse, zwei von Dementia praecox, einer Melancholie, drei Manien sowie einer Reihe nach Schreck (Granatfeuer) oder Gehirnerschütterung auftretenden psychisch-nervösen Störungen anerkannt. Bei Hysterie und Neurasthenie hatten übrigens die Behandlungsversuche häufig recht gute Erfolge. Rasche Entfernung aus der Klinik, leichter Dienst, resp. die — sei es auch nur teilweise — Aufnahme der früheren Beschäftigung bewahrte manchen vor längerdauernder Erwerbsunfähigkeit.

Bezüglich der Dienstfähigkeit hat Aschaffenburg den Standpunkt: Geisteskranke sind garnison- und felddienstunfähig. Ausnahmen machen: abgeheilte Delirien bei Alkoholismus, Typhus und Rose, ferner abgelaufene psychogene (reaktive) Dämmerzustände, soweit nicht die psychopathische Grundlage die Weiterverwendung im Heere ausschließt. Psychisch-Nervöse sind individuell zu beurteilen. Im allgemeinen sind die Nervösen eher als felddienstfähig wie als garnisondienstfähig zu betrachten, denn im Felde lenken die Größe der Aufgaben und die allgemeine Begeisterung die Nervösen stärker ab, während sie in der Garnison den täglichen kleinen Schwierigkeiten nicht gewachsen sind. Eine Gefahr für die Truppe entstehe jedenfalls durch die Verwendung Nervöser im Felde nicht. Das gleiche gilt von den Hysterischen, bei denen nur schwerere Fälle von vornherein auszuscheiden sind. Nicht brauchbar sind ferner Neurasthenische mit Platzangst und konstitutionelle Psychopathen vom Typus der pathologischen Schwindler und explosiv Reizbare. Epileptiker mit seltenen Anfällen können im Garnisondienst mit Handwerksbetrieb unbedenklich Verwendung finden.

In jeder Hinsicht unbeschränkte Anerkennung dürften diese Aufstellungen Aschaffenburgs wohl nicht finden, insbesondere dürften sich gegen die Felddienstfähigkeitserklärung von Nervösen und Hysterischen und die

Art ihrer Begründung im allgemeinen doch mancherlei Bedenken geltend machen. Neben den günstig wirkenden ablenkenden Einflüssen, sind eben doch noch andere ungünstig wirkende, deprimierende und beängstigende im Felde im Spiele, und daß diese sich gerade bei den nervös und hysterisch Gearteten oft als stärker und vor allem als nachhaltiger erweisen, um jene günstigen Einwirkungen mehr als auszugleichen, haben ja die Kriegserfahrungen — ich erinnere an Gaupps Auseinandersetzungen über den Kriegsdienst der Hysterischen — zur Genüge gelehrt.

Einen abweichenden Standpunkt in dieser Frage nimmt schon Hübner ein. Nach dessen Erfahrungen sind — abgesehen von den ausgesprochenen Psychosen — auch die Entarteten, Hysterischen usw., die akute Bewußtseinstrübungen durchgemacht hatten, dienstunbrauchbar, zum mindesten aber felddienstunfähig, einmal wegen der Rückfallsgefahr, zum anderen wegen der hysterischen, hypochondrischen oder degenerativen Züge, die so häufig nach dem Abklingen der akuten Störung zurückbleiben. In einem Falle gaben sogar Zwangsvorstellungen den Grund zur Dienstunbrauchbarkeit ab. Bei den „Nervösen“ waren da, wo endogene Momente im Krankheitsbilde vorherrschten, im allgemeinen die Aussichten bezüglich der Felddienstfähigkeit ungünstige, allenfalls wurde Garnisondienstfähigkeit erreicht. Auch die mittelschweren Fälle von Neurasthenie und Hysterie waren im Felde nicht lange zu gebrauchen, auch wenn sie anfangs vorübergehend mehr als die andere leisteten. Auch von den unmittelbar im Anschluß an eine tapfere Tat mit Lähmungserscheinungen erkrankten Hysterikern wurden nur wenige felddienstfähig. Fälle mit schwerer, schon vor dem Kriege bestehender traumatischer Neurose erwiesen sich auch nur selten als felddienstbrauchbar, nur die leichteren Formen hielten durch.

Überhaupt gehen die Auffassungen in der Dienstfähigkeitsfrage oft recht weit auseinander. So hat beispielsweise Edel gegen die Verwendung von Epileptikern mit vereinzelten Dämmerzuständen keine Bedenken, wogegen sich doch manches sagen läßt. Eine recht weitgehende Rücksichtnahme, wie sie wohl auch nicht allgemein geteilt werden dürfte, fordert Burchard bei der Entscheidung über die Militärtauglichkeit sexuell Abnormer. So sollen z. B. bei den Transvestiten das leicht verletzliche Schamgefühl und die darauf beruhenden und evtl. zu befürchtenden psychischen Störungen, ihr stark ausgeprägtes Gefühl der Unmöglichkeit des Kriegsdienstes Berücksichtigung finden. Daß antisoziale sexuell Perverse, Sadisten u. dgl., nicht ins Feld gehören, darin wird man Burchard beipflichten können.

Hübner macht übrigens noch auf die bedenklichen Konsequenzen jener Fälle aufmerksam, wo sicher dienstuntauglichen Kranken bei der Mobilmachung die Einstellung ins Heer gelang. In dem einen Falle handelte es sich um einen aus psychopathischer Familie stammenden jugendlichen Kriegsfreiwilligen, der neben anderen hysterischen Erscheinungen an Schlafzuständen litt. Er teilte selbst aus dem Schützengraben den Angehörigen mit, daß er auf Vorposten wiederholt eingeschlafen sei. In einem anderen wurde ein kurz vorher ungeheilt aus der Anstalt entlassener Schizophrene von seinem Vater bei einem Infanterieregiment untergebracht, von dem er sich bald unerlaubt entfernte. Er zog sich dadurch ein gerichtliches Verfahren

zu, das später niedergeschlagen wurde. In einem dritten Fall gelang einem wegen manisch-depressivem Irresein früher für dienstunfähig erklärten Manne in beginnender Manie die Einstellung. Bei einer Absperrung verwandt, schoß er einen mitgebrachten sechsläufigen Revolver ab, „um das stark vordrängende Publikum zurückzutreiben".

Daß schließlich der Krieg über die Frage der Dienstfähigkeit, der Dienstbeschädigung und der Verantwortlichkeit bei militärischen Delikten hinaus den Gutachter noch vor ganz andersartige ärztlich zu entscheidende Fragen stellen kann, zeigt der erwähnte Strassmannsche Fall wo die ärztliche Indikation für die Einleitung einer Fehlgeburt bei einem Depressionszustande eines von einem russischen Soldaten vergewaltigten Mädchen zur Entscheidung stand. Strassmann bejahte die Indikation und weist im übrigen auf die anscheinende stellenweise Häufung solcher Vorkommnisse hin.

Die Erfahrungen des zweiten Kriegshalbjahrs lassen — um wenigstens das Ergebnis in zwei Punkten herauszuheben — in sachlicher Beziehung vielleicht noch deutlicher als bisher das weitgehende Zurücktreten der großen Psychosen (Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Paralyse), wie der eigentlichen Psychosen überhaupt gegenüber den nervösen und speziell den psychogenen Störungen erkennen. Hinsichtlich der Verarbeitung des gebotenen Materials macht sich nunmehr unverkennbar die Tendenz geltend, statt großer Massenzusammenstellungen einzelne Krankheitstypen, für deren klinische Durchdringung der Krieg günstige und durchsichtige Bedingungen bietet (Hysterie, traumatische Neurose, Epilepsie usw.), in den verschiedensten Beziehungen klarzulegen (Arbeiten von Binswanger, Oppenheim, Bonhöffer, Gaupp, Nonne u. a.). Daß dies der gegebene Weg ist, um die Kriegserfahrungen auch wirklich dem klinischen Fortschritt nutzbar zu machen, bedarf keiner weiteren Begründung.

Literaturverzeichnis.

Alt, Im deutschen Heere während der Kriegszeit aufgetretene psychische Störungen. Aus dem Zyklus von Vorträgen „Über Nachbehandlung von Kriegsverletzungen und Kriegskrankheiten". Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1915, Nr. 11/12.

Alzheimer, Über psychogene Geistes- und Nervenstörungen im Kriege. Eigenartige Gedächtnisstörungen nach Hirnverletzungen. Krankendemonstration in der Medizin. Sekt. der schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau, am 26. II. 15. Ref. Berliner klin.Wochenschr. 1915, Nr. 19.

Aschaffenburg, Winke zur Beurteilung von Nerven- und psycho-nervösen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.

Aschenheim, Über Störungen der Herztätigkeit. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 20.

Binswanger, Hysterosomatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38, Heft 1/2. 1915.

Birch-Hirschfeld, Schädigungen des Auges im Kriege. Vortr. im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde, Königsberg am 8. III. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 32.

Bittorf, Über Folgezustände des Hitzschlages. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 25.

Bittorf, Zur Behandlung der nach Granatexplosion auftretenden Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 30.

Blässig, Beitrag zur funktionellen Stimmbandlähmung im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 24.

Böhme, Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. Münch. med. Wochenschrift 1915, Nr. 21.

Bonhöffer, Erfahrungen über Epilepsie und Verwandtes im Feldzug. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**. Heft 1/2. 1915.

Böttger, Funktionelle Stimmbandlähmung im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Brasch, Herzneurosen mit Hauthyperästhesie. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 20.

Brugsch, Körperliche Erschöpfung. Kriegsärztliche Abende, Berlin. Sitzung vom 27. III. 1915. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Burchard, Sexuelle Fragen zur Kriegszeit. Zeitschr. f. Sexualwissensch. **1**, Heft 10. 1915.

Caro, Bedeutung und Verbreitung der Thyreose im Heere. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 34.

Cimbal, Psychosen und Psychoneurosen im 9. Armeekorps seit der Mobilmachung. Vortr. im ärztl. Verein in Hamburg am 23. II. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 11 (auch Hamburger ärztl. Correspondenzbl. 1915, Nr. 11).

Consiglio, Studien über Militärpsychiatrie und -kriminologie. Die soziale Medizin im Heere. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **28**, Heft 4/5. 1915.

Dannehl, Militärdienst und Thyreotoxie. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1915, Heft 2/3.

Donath, Beiträge zu den Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 27/28.

Edel, Kriegsärztliche Demonstrationsabende in der Nervenheilanstalt Edel-Charlottenburg. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 15.

Ehret, Herzerkrankungen und Herzgeräusche. Vortr. im Marinelazarett Hamburg am 26. II. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 12.

— Zur Kenntnis der Herzschädigungen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 20.

Engelen, Beurteilung der Persuasion unter Bezugnahme auf die Kriegsneurosen und Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 14.

Fischer, Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide in unseren Heil- und Pflegeanstalten. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. **16**, Nr. 51/52. 1915. (Empfiehlt Verwertung der Beschäftigungseinrichtungen der Irrenanstalten zur Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide.)

Forster, Der Krieg und die traumatische Neurose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**, Heft 1/2. 1915.

Franke, Diskussion z. Vortrag Sänger u. Cimbal. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

Freud, Zeitgemäßes über Krieg und Tod. Imago. Zeitschr. f. Anwendung der Psychoanalyse und die Geisteswissenschaften **4**, Heft 1. 1915.

Friedmann, Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**, Heft 1/2. 1915.

Fürbringer, Zur Würdigung der Herzstörungen der Kriegsteilnehmer. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Fürnrohr, Wissenschaftliche Abende der Militärärzte der Garnison Ingolstadt. Sitzung vom 6. III. 15. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wochenschr. 1915, Heft 11.

— Die Granatkontusion. Vortrag im med.-naturwissensch. Verein Tübingen am 3. XII. 1914. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 11. Ausführlich in Kriegschirurgische Hefte der Beiträge z. klin. Chirurgie **96**, Heft 3. 1915.

Goldscheider, Über die Ursachen des günstigen Gesundheitszustandes unserer Truppen im Winterfeldzug. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. **19**, Heft 6. 1915.

Gottstein, Die Sterblichkeit in Berlin während des ersten Kriegshalbjahres. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 25.

Gregor, Sitzung der med. Gesellsch. zu Leipzig am 22. VI. 15. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Hartmann, Übungsschule für Gehirnkrüppel. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 23. (Systematische Übungen geben gute Resultate bei Sprachkranken und anderen Hirnverletzten.)

Hasebrock, Der atavistische Spannungsfuß als Ursache von Fußbeschwerden und Felddienstuntüchtigkeit. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 29.

Heubner, Über Vergiftung durch kohlenoxydhaltige Explosionsgase aus Geschossen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 32.

Hübner, s. Westphal-Hübner.

Jakob, Klinische Erfahrungen in einem Typhuslazarett in Ostpreußen. Vortrag im ärztl. Verein zu München am 10. III. 1915. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 19.

Jakobi, Erschöpfung und Ermüdung. Vortrag im med.-naturwissensch. Verein Tübingen am 27. II. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Jolly, Erfahrungen auf der Nervenstation eines Reservelazaretts. Schmidts Jahrb. d. ges. Medizin **321**, 141. 1915.

Kafka, Demonstration im ärztl. Verein in Hamburg am 6. VII. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 16.

— Diskussion z. Vortrag Sänger-Cimbal. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

Kalb, Sitzung d. wissensch. Vereins der Ärzte zu Stettin am 8. XII. 1914. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 15.

Kahane, Hyperthyreoidismus vom Standpunkt der Kriegsmedizin. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 6.

Kastan, Forensisch-psychiatrische Beobachtungen an Angehörigen des Feldheeres. Vortrag im Verein f. wissensch. Heilkunde zu Königsberg am 22. II. 1915. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 25.

Kisch, Kriegsherzbeschwerden. Prager med. Wochenschr. 1915, Nr. 16. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.

Klieneberger, Klinische Erfahrungen über Tetanus auf dem westlichen Kriegsschauplatz. Vortrag auf den kriegsärztlichen Abenden in Lille am 6. I. 1915. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 32.

Königer, Sitzung der freien militärärztl. Vereinigung zu Erlangen am 12. II. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 13.

Krauss, Herzkrankheiten. Kriegsärztliche Abende Berlin. Vortrag am 23. III. 15. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Kümmel, Diskussion z. Vortrag Sänger. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

Lewin, Über Vergiftung durch kohlenoxydhaltige Explosionsgase aus Geschossen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Löwy, Neurologische und psychiatrische Mitteilungen aus dem Kriege. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. **37**, Heft 6. 1915.

v. Maiendorf, Sitzung des ärztl. Vereins Brünn am 25. I. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 13.

— dgl. am 15. III. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 24.

Mann, Kriegsneurologische Fälle. Demonstrationen in der medizin. Sektion der schles. Gesellschaft f. vaterländ. Kultur zu Breslau am 11. VI. 1915. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Marburg, Neurologie im Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1915. Maiheft.

Margulies, Sitzung der wissensch. Gesellsch. deutscher Ärzte in Böhmen am 11. XII. 1914. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 25.

Mayer, Zur Differentialdiagnose Hebephrenie—Erschöpfungszustände. Sitz. d. med.-naturwissensch. Vereins Tübingen am 27. II. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Meyer, Sitzung d. Vereins f. wissensch. Heilkunde in Königsberg am 22. II. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 28.

Mohr, Zur Entstehung, Vorhersage und Behandlung nervöser und depressiver Zustandsbilder bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. 1915, Nr. 22.

de la Motte, Kriegsärztl. Demonstr.-Abend in der Nervenheilanstalt Edel-Charlottenburg. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 15.

Neutra, Sitzung d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien vom 12. III. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 11.

Nocht, Mortalität der Hamburger Zivilbevölkerung unter dem Einfluß des Krieges. Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg vom 15. VI. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.

Nonne, Über Kriegsverletzungen der peripheren Nerven. Med. Klin. 1915, Nr. 18/19.

— Demonstrationen von Kriegsverletzungen. Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg vom 12. I. 1915 u. 23. II. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

— Diskussion zu den Vorträgen Sänger-Cimbal. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

— Soll man wieder „traumatische Neurose" bei Kriegsverletzten diagnostizieren. Vortrag in der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Med. Klin. 1915, Nr. 31.

— Über Polyneuritis gemischter Nerven bei neurasthenischen Kriegsteilnehmern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **53**, Heft 6. 1915.

Oppenheim, Der Krieg und die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 11.

— Zur traumatischen Neurose. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 14.

Orth, Wissenschaftl. Abend der Militärärzte der Garnison Ingolstadt vom 6. III. 15. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 31.

Pape, Funktionelle Stimmbandlähmungen im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 11.

Pick, Zur Pathologie des Bewußtseins vom eigenen Körper. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 7/8.

Piotrowski, Kriegsärztl. Demonstrationsabend in der Nervenheilanstalt Edel-Charlottenburg. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 15.

Poppelreuter, Über psychische Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen. Vortrag auf dem Kölner kriegsärztl. Abend am 12. I. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.

Pütter, Jahresbericht der Zentralkommission der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Alkoholkranke und Krebskranke in Berlin aus dem Kriegsjahr 1914. Berlin 1915.

Redlich, Einige allgemeine Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem. Med. Klin. 1915, Nr. 17.

Reiche, Über die bei Soldaten beobachteten Herzaffektionen. Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg am 23. III. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 15.

Reimann, K. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien. Sitzung vom 12. III. 1915. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 11.

Riebeth, Über Neurasthenie bei Kriegsteilnehmern. Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1915, Nr. 13/14.

Romberg, Beobachtungen über Herz- und Gefäßkrankheiten während der Kriegszeit. Vortrag im ärztl. Verein in München. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 20.

Römer, Vortrag im ärztl. Verein in Hamburg am 1. VII. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 16.

Röper, Funktionelle Neurosen bei Kriegsteilnehmern. Vortrag im Marinelazarett Hamburg. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1915, Nr. 9/10.

Sänger, Über die durch den Krieg bedingten Folgezustände am Nervensystem. Vortrag im ärztl. Verein zu Hamburg am 26. I. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 15/16.

Schönborn, Kriegsärztl. Abende in Lille. Sitzung vom 17. II. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 12.

Schlesinger, Über Schädigungen des inneren Ohres durch Geschoßwirkung. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 15.

Schott, Beobachtungen über Herzaffektionen bei Kriegsteilnehmern. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 20.

Schottmüller, Diskussion zum Vortrag Reiche. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 15.

Schulz, Einige Bemerkungen über Feindschaftsgefühle im Kriege. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 11.

Seige, Typhuspsychosen im Felde. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 9.

Spiro, Augenärztliche Beobachtungen aus dem Felde. Vortrag am 27. II. 1915. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. März 1915.

Stöcker, Sitzung d. med. Sektion d. schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau am 26. II. 1915. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 19.

Stransky, Einiges zur Psychiatrie und Psychologie im Kriege. Vortrag im Verein f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.

Strassmann, Die Behandlung der Abtreibung im künftigen Strafgesetzbuch. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **3**, 49. 1915. (Psychogener Depressionszustand nach Kriegsnotzucht.)

Thost, Diskussion zum Vortrag Sänger-Cimbal. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

Touton, Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren im Krieg und Frieden. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 1—4.

— Krieg und Geschlechtskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 19.

Treupel, Kriegsärztliche Herzfragen. Vortrag im ärztl. Verein in Frankfurt am 21. III. 1915. Med. Klin. 1915, Nr. 13.

Trömner, Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg vom 9. III. 1915. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **11**. 1915.

— Psychogene und corticale Sensibilitätsstörungen. Sitzung d. ärztl. Vereins in Hamburg vom 1. VI. u. 6. VII. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 16.

Weber, Über Granatkontusion (Gaupp). Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 16.

Weiert, Militärpsychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Sammlung zwangloser Abh. aus d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten, herausg. von Bumke-Marhold, Halle 1915. **11**, Heft 2/4.

Weis, Diskussion zum Vortrag Reiche.

Westphal-Hübner, Über nervöse und psychische Erkrankungen im Felde. (Westphal: klinischer Teil; Hübner: Sachverständigentätigkeit.) Demonstrationsvortrag in der Bonner kriegsärztl. Vereinigung am 4. XII. 1914. Med. Klin. 1915, Nr. 14/15.

Weygandt, Kriegseinflüsse und Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1915, Maiheft.

— Diskussion zum Vortrag Sänger-Cimbal. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 13.

Wollenberg, Lazarettbeschäftigung und Militärnervenheilstätten. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 26.

Zade, Über Augenerkrankungen im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 23.

Zange, Über hysterische (psychogene) Funktionsstörungen des nervösen Hörapparates im Kriege. Vortrag in d. med.-naturwissensch. Gesellsch. in Jena am 25. II. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 28. (Auch Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 28.)

— Organische Schädigungen des nervösen Hörapparates im Kriege. Vortrag in d. med.-naturwissensch. Gesellsch. in Jena am 20. I. u. 25. III. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 32.



Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht

von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Dritte Zusammenstellung von Mitte August 1915 bis Ende Januar 1916.[1])

Inhaltsübersicht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Ungewöhnlich gediegene frontpsychologische Beobachtungen finden sich bei Everth, Ergebnisse einer leider seltenen Verbindung von guter psychologischer Schulung und scharfer Erfassungsgabe mit unmittelbarem Fronterleben. Freilich scheint Everth — sei es unwillkürlich, sei es gewollt — die sozial und kulturell wertvollen Seiten dieses psychischen Lebens im Felde vorzugsweise heraus- oder wenigstens stärker als die anderen hervorzuheben, wie wohl auch viele der von ihm herangezogenen Erscheinungen im wesentlichen nur für Kriegsteilnehmer von höherer geistiger Kultur Geltung haben mögen. Auf das meiste von ihm Angeführte kann hier nicht eingegangen werden, es fällt unter die ethischen Wirkungen des Krieges. Unmittelbar interessiert an dieser Stelle zunächst die Kennzeichnung der Durchschnittsstimmung in der Front.

[1]) Vgl. diese Zeitschrift Ref. **11**, 321—369 und **12**, 1—89.

Als wichtige Grundlage dieser Stimmung ist zunächst das rein animalische Wohlgefühl hoch in Rechnung zu setzen, das, durch die tatsächlich gute Gesundheit im Freiluftleben des Feldes gegeben, oft eine unerklärliche Heiterkeit verleiht. Ein weiteres wichtiges, von der psychischen Seite herrührendes Stimmungsmoment entstammt dem Gefühl einer großen Freiheit, wie es das ganze militärische Leben draußen mit seiner ganzen Dienstauffassung, dem Wegfall der Kommißkleinigkeiten und -kleinlichkeiten, der kameradschaftlichen Stellungnahme der Vorgesetzten, der Selbständigkeit des Handelns mit sich bringt. Ein Freiheitsgefühl, das sich übrigens auch auf das innerliche Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit überträgt: Unbekümmertheit um künftige Erwerbsfragen. Die Begeisterung macht keineswegs, wie fälschlich oft angenommen, das Wesen dieser seelischen Durchschnittsverfassung im Felde aus, vielmehr ist diese durch Ausdauer und Geduld charakterisiert. Es herrscht überhaupt keine extravagante Stimmung, sondern eine Mittellage zwischen Extremen, eine Gleichgewichtslage, eine Stetigkeit und Unerschütterlichkeit, eine schwankungsfreie Festigkeit. Ebenso ist auch das Handeln und Leiden von Gleichmäßigkeit und Selbstverständlichkeit getragen, wie es die Einfügung in einen riesigen Mechanismus und das zumal dem Norddeutschen eigene Pflichtgefühl mit sich bringt. Von sonstigen Momenten zur Erklärung dieser „angemessenen“ Seelenlage zieht Everth einmal das nationale Temperament der Deutschen heran, dem man vielleicht im Gegensatz zu dem romanischen mit seinem labilen Gleichgewicht ein stabiles Gleichgewicht zuerkennen darf, sodann den starken Anteil der Landbevölkerung, weiter das gereiftere Lebensalter vieler Kriegsteilnehmer. Auch die kräftige Gesundheit des stark beanspruchten Körpers und die lange Dauer des Kampfes, das Bewußtsein der guten Sache und das Gefühl des guten Fortgangs dieser Sache wirken dämpfend auf den Überschwang und beseitigen alles exaltierte Wesen, und die Gewöhnung an die Eindrücke fördert die seelische Unerschütterlichkeit und Unbewegtheit der Feldzugsteilnehmer. Immerhin gibt es auch nach Everth im Felde Augenblicke des Rausches, so beim Sturmangriff, bei der höchsten Energieentfaltung um die höchsten Gefahren, wo die schnelle Bewegung und die nervöse Aufregung eine Art Ekstase schafft, ähnlich dem Höhenrausch oder dem seltsamen körperlichen Jubelgefühl, das man bei schnellem Fahren oder Reiten erlebt.

Bezüglich des sonstigen geistigen Lebens im Felde weist Everth auf mancherlei, bisher wohl kaum von anderer Seite Hervorgehobenes hin, so u. a. auf die Abstumpfung durch die starken und immer wiederholten Eindrücke und Vorstellungen, in denen man draußen lebt: Wie einem schließlich jede Stelle in der Landschaft zum Überdruß wird, wie das Neue des Feldlebens, die soldatische Umwelt bald ihren Reiz verliert und man sich die ewigen Uniformen und nichts als Uniformen übersieht, so daß es direkt eine Erholung bedeutet, wenn man einmal ein anderes Wesen ganz gleich welcher Art vor Augen bekommt. Zu dieser äußeren Verarmung tritt dann der Mangel an Lektüre und Heißhunger danach, so daß man jeden Zeitungsfetzen mehrmals vor- und rückwärts lese. Immer-

hin gewöhne man sich leicht an diese Reduktion des geistigen Lebens und einige geistige Versimpelung, zumal das primitivste Körperleben so stark in den Vordergrund trete. Kehre man dann zurück, so müsse man sich der ersehnten geistigen Beschäftigung, die noch nicht einmal die berufliche zu sein braucht, erst von neuem anpassen und erlebe leicht dadurch eine rapide Nervosität. Auch eine Entfremdung der gewohnten bürgerlichen Welt, die völlig durch die draußen verdrängt werde, mache sich geltend, wie einem bei der ersten neuen Berührung mit jener zum Bewußtsein komme. Herabgesetzt ist im Felde auch das Gefühlsleben, und zwar nicht nur gegenüber den schlimmen Eindrücken, sondern allgemein vermindert, weniger dabei in der Stärke als in der Mannigfaltigkeit. Nur einige wenige Anreize bleiben bestehen und zwar als Pole, um die sich das Gemütsleben dreht, vor allem Familienvorstellungen auf der einen, Todesgedanken auf der anderen Seite. Das ausschließliche Angewiesensein auf diese und das Pendeln zwischen ihnen gebe dann dem Seelenleben etwas Gespanntes, die starken Kontraste führen leicht zur Überspannung und weiterhin im Verein mit der Einförmigkeit der Inhalte und ihrer ewigen Wiederkehr zur Abstumpfung. Man müßte durch diese Monotonie äußerster Gefühlsgegensätze überreizt und aufgerieben werden, wenn nicht die Anstrengungen, Gefahren und Aufregungen im Felde, die alle stark genug sind, um die Aufmerksamkeit zu absorbieren, einen seelisch entlasteten. — Bezüglich der Todesgedanken und der innerlichen Stellung zum Tode hebt Everth im übrigen hervor, daß das unbewußte Moment, daß das Geschick ein allgemeines sei und daß man innerlich in der Menge aufgeht, einem das weitere Nachdenken benehme, und daß vor allem das Handeln davon ablenke. Letzteres zeige sich besonders auch darin, daß das untätige Ausharren, das passive Verhalten zu den schwersten Momenten des Krieges gehöre, da sich dann das Leiden, das allein im Bewußtsein herrsche, besonders stark aufdränge. — Auch Wandlungen des Wertbewußtseins machten sich in dieser Beziehung geltend, insofern der einzelne sein Leben durchweg höher als früher bewerte, da nun Gefahr bestehe, es zu verlieren.

Das Interesse, das diese Everthsche Frontpsychologie für den Psychiater bietet, ist vor allem dadurch gegeben, daß sie sich auf die große Masse der seelisch Gesunden, auf den allgemeinen Durchschnitt bezieht und damit den richtigen Maßstab für die pathogenetische Bewertung der allgemeinen Kriegseinflüsse an die Hand gibt. Sie zeigt, ähnlich wie die Goldscheiderschen Beobachtungen auf körperlichem Gebiete, daß auch auf psychischem die Kriegsatmosphäre im allgemeinen durchaus noch nicht ohne weiteres den Charakter eines seelisch schädigenden Milieus trägt (wie etwa das Haftmilieu), vielmehr in mancher Hinsicht eher günstige psychische Einflüsse entfaltet.

Als die Grundpfeiler aller Kriegspsychologie bezeichnet Everth die große Gemeinsamkeit und das stark aktive, tatkräftige und handelnde Wesen. Ähnliche Momente hebt auch Peters aus seiner frontpsychologischen Erfahrung als entscheidend heraus. Nach ihm gibt es in der Front nur Massenpsychologie. Die Resonanz auf alle Erlebnisse werde ein-

heitlich gestimmt, und zwar sei es ein Gemeinsamkeitsgefühl, auf einer Gemeinschaft des Kampfes und der Aktivität beruhend, das zu dieser Gleichartigkeit der Reaktion führe. Im übrigen sei das Leben in der Front ein ganz auf die Gegenwart beschränktes Leben, ein Zustand mit eigenem, nur auf die Gegenwart gestelltem, und zwar auf die Bekämpfung des Feindes gerichtetem Bewußtsein.

Sommer weist speziell bezüglich der psychologischen Unterschiede zwischen Angriffs- und Stellungskampf darauf hin, daß bei rasch vorschreitendem Angriff und Bewegungskriege die Gefühle der Aktivität und des Vorwärtsdrängens über die Auffassung der Folgen und der Opfer des Kampfes überwiegen. So zeigte sich bei einer ganzen Reihe Angehörigen eines bestimmten Regimentes bezüglich des raschen Vorstoßes durch Belgien bis zur Marne eine merkwürdig klare Auffassung der Einzelheiten ohne besondere Reaktion darauf bei völliger Einstellung auf das allgemeine Willensziel: Vorwärts. — Beim Stellungskampf dagegen, besonders wenn eine Position unter schwerem Feuer mit geringer Gegenwirkung ausdauernd zu halten sei, seien offenbar die Gefühlsreaktionen, z. B. bei dem Getroffenwerden von Kameraden, viel stärker.

Das psychologische Wesen der Heerführer glaubt Sommer auf Grund der Erfahrungen an einzelnen psychologisch erkennbaren Vertretern, wie Friedrich dem Großen, Napoleon, Blücher, in einer fast typischen Vereinigung von mechanischer und mathematischer Anlage mit Kombinationsvermögen zu sehen, — Hindenburgs Bruder spreche bei diesem von einer Verbindung von Mathematik und Phantasie.

Hirschfeld schildert an der Hand von Briefen und sonstigen persönlichen Erfahrungen, wie der Krieg auf die Homosexuellen wirkt und wie diese — sei es im Felde, sei es im Krankenpflegedienst — an ihm teilnehmen. Das reichhaltige Material bietet psychologisch und psychopathologisch nichts wesentlich Neues, wenn auch manches menschlich interessieren mag. Er berichtet u. a. von homosexuellen Freundschaften und mehr oder weniger bewußter erotischer Kameradenliebe im Felde — auch zwischen Offizieren und Burschen. Er weist auf Fälle hin, wo feminine, sensitive Homosexuelle sich dem Ernstfall nicht gewachsen zeigten, wie z. B. ein sehr weiblich-weichherziger Mensch, der auf Befehl einen verwundeten Kosaken erschießen mußte, mit Wein- und Schreikrämpfen von hysterischem Charakter und Gewissensbissen erkrankte.

Hirschfelds weiterer Bericht über Frauen als Soldaten im Felde basiert leider nur auf Zeitungsberichten, so daß eine Besprechung des an sich psychologisch gewiß nicht belanglosen Themas sich erübrigt.

Für die Kriminalität im Kriege wird ein Rückgang ziemlich allgemein anerkannt, der vor allem auf das naheliegendste äußere Moment — Ausschaltung der kriminellen Elemente durch Teilnahme am Feldzug — zurückgeführt wird (Liszt, Travers u. a.). Travers glaubt freilich auch noch eine günstige Beeinflussung der allgemeinen Moral durch den Krieg zur Erklärung mit heranziehen zu dürfen. Bei den Jugendlichen wird dagegen von den verschiedensten Autoren (Liszt, Lindenberg, Minde u. a., von letzterem speziell aus dem rheinisch-westfälischen Industriegebiet)

eine deutliche Steigerung des Anteils am Verbrechertum festgestellt und mit der während des Krieges zunehmenden Verrohung und Verwahrlosung der Jugend infolge ungenügender Beaufsichtigung in Zusammenhang gebracht. Dem entsprechen auch gewisse statistische Angaben, die für das Jahr 1915 eine Zunahme der durch Gerichtsbeschluß der Fürsorge überwiesenen Fälle gegenüber dem Jahre 1914 feststellen (Zeitschr. f. soziale Hygiene u. prakt. Medizin, 1916, Nr. 16).

Bezüglich der Fürsorgezöglinge im Kriege entnehme ich einer Aktennotiz einer Berliner Fürsorgeerziehungsanstalt vom Juli 1915, daß über 500 junge Leute des Erziehungshauses im Felde stehen, von denen 12 das eiserne Kreuz erhalten haben, 25 gefallen sind. Immerhin lehnte ein Ersatzbataillon, bei dem sich 43 kriegsfreiwillige Fürsorgezöglinge befanden, weitere Einstellung von Kriegsfreiwilligen aus dem Erziehungshaus ab, da zwei von ihnen — der eine übrigens ein Schwachsinniger mit renommistischer Schwindelneigung — sich schwer vergangen hatten.

Vom Verhalten der Kriminellen im Strafvollzug unter dem Einfluß des Krieges erwähnt Freund, daß der Krieg im großen ganzen in begeistertem Sinne aufgenommen wurde und der Wunsch daran teilzunehmen, anscheinend nicht nur dem Verlangen freizukommen entsprang. Andere bekundeten freilich in ihren Briefen und Auslassungen keine Vaterlandsliebe, vereinzelt sogar vaterlandsfeindliche Gesinnung. Der Mangel an regelmäßiger religiöser Unterweisung während des Krieges wurde von einzelnen empfunden. Gegenüber der notwendigen Einschränkung des Brotverbrauchs war der größte Teil trotz aller Aufklärungen einsichtslos. Bei manchen löste die Maßregel eine Unzufriedenheit aus, die sich bis zur Arbeitsverweigerung, und gelegentlich sogar bis zum Lebensüberdruß steigerte und sich auch weiterhin nicht völlig ausglich. — Freund weist übrigens auch noch auf den nicht unerheblichen Rückgang der Strafanstaltsbestände während des Krieges hin, für dessen Erklärung freilich verschiedene Momente in Frage kommen, so daß aus ihm ebensowenig wie aus dem Zurückgehen der allgemeinen Kriminalität ein sicherer Schluß auf eine sittliche Hebung des Volkes im Kriege möglich ist.

Quensels Bericht aus der Unfallnervenheilanstalt Bergmannswohl läßt erkennen, daß bei den Unfallnervenkranken unter dem Einflusse des Krieges und der Mobilmachung ein vielfach ernsterer und besserer Ton, eine geringere Neigung, sich allen unangenehmen Empfindungen hemmungslos hinzugeben, zu beobachten war. Kleinliche Nörgeleien, allerhand Klagen unter den Anstaltskranken traten so gut wie völlig zurück. An einer ganzen Reihe von Unfallhysterien gingen freilich die Ereignisse ohne jede Wirkung vorüber.

Juliusburger führt in einzelnen Fällen einen Mangel an Vaterlandsliebe, kriegerischer Begeisterung und Verständnislosigkeit nicht allein für das Dasein, sondern auch für die Machtbehauptung des Vaterlandes auf eine pathologische Wesensart vom Charakter des „sexuellen Infantilismus" zurück. Er sieht in diesem Defekt den Ausdruck einer Entwicklungsstörung der höheren seelischen Betätigung, infolge deren die Sublimierung niederer psychischer Energien zu höherwertigen und die

Bildung des Begriffs des Staates, des Bewußtseins der Einordnung in das bestehende große Ganze, des intensiven Gefühls, sich auch zu opfern ausbleibe. Er rechnet diese Art der Entwicklungsstörung ins Gebiet des Atavismus. Es bedarf wohl nicht erst eines besonderen Hinweises, daß ein solcher Mangel an Vaterlandsgefühl, soweit er überhaupt als pathologisch in Frage kommt, nicht an eine bestimmte atavistische Abartung gebunden ist, sondern bei den verschiedensten abnormen Veranlagungen, insbesondere solchen mit Unzulänglichkeiten des höheren Gefühlslebens, erwartet werden darf. Was im übrigen die erweiterte Verwendung des Begriffs des psychischen Infantilismus angeht, so darf vielleicht bemerkt werden, daß die meisten pathologischen Abweichungen von der normalen vollwertigen Persönlichkeitsgestaltung aus naheliegenden Gründen den Charakter des Unfertigen, Ungleichmäßigen, Disharmonischen, kurz und gut des in der oder jener Hinsicht Infantilen tragen, ohne daß sie deswegen schon als auf kindlicher Stufe stehengebliebene — statt in pathologische Bahnen gelenkte — Entwicklungen zu deuten sind.

Einzelne Beobachtungen zur Psychologie bzw. Psychopathologie der Angst im Felde führt Rohde an. Während der gesunde, willensstarke Mensch mit dem unbehaglichen, ängstlichen Gefühl, das ihn beim Vorrücken in die Schlacht oder ersten Kugelpfeifen überkomme, bald fertig werde, werde beim willensschwachen Psychopathen oder Debilen die Ängstlichkeit überwertig, so daß sie alle anderen Erwägungen nicht aufkommen lasse. Die von Rohde beobachteten durch die Angst vor der Schlacht hervorgerufenen Zustände waren verschiedener Art. So traten auf dem Anmarsch vor der ersten Schlacht bei zahlreichen Leuten hysterische Zustände auf (als „Schlappmachen" von den Kameraden aufgefaßt), darunter solche schwerster hysterischer Jaktation, wobei die Leute in tollsten Gliederverrenkungen ins Gras bissen, um sich schlugen und zwischendurch Arc de cercle zeigten. Einen gleichen Exaltationszustand, der $1^1/_2$ Stunden mit kurzen Erschöpfungspausen anhielt, bot auch einmal ein Ersatzreservist, der, bei der Truppe angelangt, sogleich zum ersten Male in den Schützengraben sollte. Solche Zustände, die durch ihre Schwere auf eine degenerative Anlage schließen ließen, machen nach Rohde ein Verbleiben bei der Truppe absolut unmöglich. — Ein andermal äußerte sich die Angst in der Weise, daß die Leute mit keuchender Atmung, hochrotem Gesicht, starkem Schweiß auf der Stirn und geschlossenen Augen dalagen, ohne zu antworten und sich zu regen. Auf intensivere Reize fuhren sie sofort hoch, waren klar und gestanden teilweise ihre Angst ein. Es bestand Pupillenreaktion und einseitige Druckpunkte. Einer hatte etwas dünnen Kot unter sich gelassen. Meist handelte es sich um mäßig psychopathische Menschen, die anfangs durchhielten, doch bald aus verschiedenen Gründen entlassen werden mußten. Ein Fall, ein konstitutionell hysteropathischer Mensch, der schon dadurch aufgefallen war, daß er in einem solchen Zustande schwerer ängstlicher Erregung vor einem Gefecht liegenblieb, bot später unter dem Einfluß langdauernden Granatfeuers neben körperlichen hysterischen Äußerungen (Schreikrämpfen, Schütteln der Hände usw.) einen ängstlichen Erregungszustand mit traumhafter Sperrung und Andeutung von Negativismus,

der wochenlang anhielt. Des weiteren sah Rohde Angst auf dem Boden des Schwachsinns, wobei der Betreffende, sowie er von weitem eine Kugel hörte, weglief. Bei Psychopathen fand Rohde vielfach eine von jeher, zum mindesten seit Beginn des Feldzugs hervortretende Ängstlichkeit, die er auf den Mangel an Selbstvertrauen und die übertriebene Sorge ums eigene Ich zurückführt. Mit zunehmender Dauer des Feldzugs stellte sich ähnliche Ängstlichkeit dann auch bei konstitutionell Gesunden, aber durch Strapazen Erschöpften als Symptom der akuten oder chronischen Erschöpfung ein, das sich mit der Ruhe wieder verlor. Dieselben Individuen, die in den ersten Feldzugsmonaten vom Einschlagen der Kugeln unberührt blieben, fühlten sich einige Monate später, als sie erschöpft waren, ängstlich bedrückt, wurden unruhig, sahen sich ängstlich nach einem Keller um und gerieten durch alles aus der Fassung, was an den Tod erinnerte (Erbleichen, Ohnmachten und dergleichen bei solchen Anblicken). Endlich sah Rohde auch ungewöhnliche Bilder, die er als extreme Angstzustände mit plastischer Verdeutlichung auf dem Boden der Erschöpfung auffaßt. (s. später). Als eine akut durch Schreck erworbene Ängstlichkeit kennzeichnet er schließlich einen Fall, wo ein in keiner Weise nervöser Offizier, als bei der Defäkation in 30 m Entfernung eine Granate platzte, in einen Keller, seinen Unterstand, eilte und nun im Gegensatz zu sonst nicht mehr herauszubekommen war. — Diese durch die steten lebensbedrohenden Kriegseinflüsse und insbesondere das ständige Liegen im Granatfeuer sich schließlich einstellende Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit braucht nach Rohde von den Befallenen gar nicht beachtet zu werden. Sie zeigt sich zunächst nur bei Wegfall der Hemmungen des Wachzustandes, im Schlaf in schreckhaften Träumen.

Auch von einzelnen psychischen Vorgängen epidemischer Art berichtet Rohde aus dem Felde.

Als eine Art Angstepidemie faßt er es auf, daß speziell in der ersten Zeit des Krieges sich stets der allgemeine Schrei erhob, es sei niemand vom Sanitätspersonal da, selbst wenn dieses wie stets in vorderster Linie war. Diese Überzeugung wurde allgemein lange festgehalten, ehe es gelang, sie durch die Tatsachen zu entkräftigen. Ein Ängstlicher sprach es aus dem Gefühl der Anlehnungsbedürftigkeit aus, die Furcht, es könne vielleicht niemand da sein — dadurch genährt, daß die Krankenträger naturgemäß beim Zurücktragen der Verwundeten nicht immer sichtbar blieben —, wurde überwertig und diese Überwertigkeit übertrug sich, die Wirklichkeit fälschend, mehr oder weniger auf alle der gleichen Furcht Unterworfenen.

Des weiteren erwähnt Rohde das epidemische Kursieren von allerhand mehr oder weniger ausgeschmückten Schaudergeschichten über angebliche Greueltaten des Feindes, die in der ersten Zeit des Feldzugs bei der überhaupt enorm hochgradigen psychischen Spannung der Truppe auftraten. Diese Geschichten beeinflußten das ganze Denken, zumal an Tagen, wo sich erschöpfende Momente geltend machten. Sie hinderten beispielsweise nach einem heftigen Waldkampf die dürstenden Verwundeten aus einer reinen Waldquelle zu trinken, da sie von der überwertigen Über-

zeugung voll und beherrscht waren, die Quelle sei von den Franzosen vergiftet. Erst der Einfluß des Arztes machte der Sache ein Ende.

Eine andersgeartete Epidemie auf dem Boden der Erschöpfung beobachtete Rohde auf einem anstrengenden Marsch im Anfang des Feldzugs, als sich einer unter dem Einfluß der Erschöpfung und eines gewissen Gefühls der Enttäuschung wegen des fortgesetzten nächtlichen Rückzugs mit hysterischen Krämpfen an den Straßenrand legte. Von da ab fielen die Leute in Scharen, notorisch mehrere Hunderte, innerhalb einiger Stunden. Außer Apathie und Teilnahmlosigkeit fehlte im Grunde keinem etwas. Nachdem den Schlappgewordenen mitgeteilt war, sie würden jetzt liegen bleiben und wahrscheinlich — woran in Wirklichkeit nicht zu denken war — von den Franzosen gefangengenommen, legten nunmehr alle mit vollem Gepäck einen mehrstündigen, jetzt erst anstrengend werdenden Weg zurück und blieben frisch. Hier hatte die Bequemlichkeit die leicht mögliche Überwindung der Müdigkeit verhindert und die Müdigkeit wurde zur Apathie unter dem Eindruck jenes unter Krämpfen Schlappmachenden. Sie hätten den Marsch dann ja doch auch nicht ausgehalten, gaben mehrere später direkt zur Motivierung an. —

Der weitgehende Einfluß, den das Psychische im Felde auf das Körperliche ausübt, wird auch weiterhin besonders von inneren Klinikern betont. Krehl erklärt geradezu: „Das wichtigste Moment für eine Beeinflussung des Organismus im Feldzug dürften psychische Vorgänge darstellen“, und so führt er denn sogar den schweren Verlauf von Kriegsruhrerkrankungen in erster Linie nicht sowohl auf die körperliche Erschöpfung zurück, als vielmehr auf eine außerordentliche Niedergeschlagenheit, das Gefühl tiefster Trauer und völliger Mutlosigkeit. Er hebt weiter, ähnlich wie Goldscheider, die Wirkung des Willens, der Energie und der Stimmung auf die Leistungsfähigkeit hervor, die sich auf diese Weise trotz stärkster körperlicher Anstrengungen, geringer Nahrungsaufnahme und kurzen Schlafs erhöhe, ebenso wie er umgekehrt im Felde eine Abschwächung der Muskelleistung, eine — allerdings sich schnell bessernde — allgemeine muskuläre Ermüdung und Depression auf Grund psychischer Einwirkungen, als Folge von Energielosigkeit und Schreck eintreten sah. Krehl hat bei diesen Erscheinungen freilich nicht allein den einzelnen Willensakt im Auge als die Gesamtwirkung der Energie, die dauernde Überführung des Willens ins Potentielle.

Mit dieser Darstellung Krehls deckt sich auch Goldscheiders Feststellung, daß die inneren Erkrankungen im Kriege infolge psychischer Einflüsse sich anders darstellten, einen anderen Charakter trügen als im Frieden, indem das Krankheitsgefühl zurücktrete und durch die gehobene Stimmung und den Tatendrang überlagert werde. Daher komme es z. B. ungewöhnlich oft vor, daß Typhuskranke längere Zeit hindurch ihren Dienst versahen und auch Gefechte mitmachten. Des weiteren beeinflusse die Überwindung und seelische Lokalisierung des Krankheitsgefühls das vegetative System im Sinne der Erhaltung und fördere durch willenskräftiges Streben nach Gesundung den Heilungsprozeß. Das Ergebnis einer solchen psychischen Beeinflussung des gesamten Betriebs

des Organismus sei dann ganz allgemein eine gehobene Stimmung im Sinne der Aktivität bei den Feldzugsteilnehmern.

In dieses Gebiet der Beeinflussung des körperlichen Zustandes durch psychische Einwirkungen gehört wohl auch die Feldzugserfahrung Hellwigs (Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform, 11. Jahrg., Heft 9/10, 1916), wonach in Zeiten allgemeiner Ermüdung die Mannschaften mit entwickeltem Pflichtbewußtsein und Ehrgefühl dem Schlafbedürfnis am wenigsten zum Opfer fielen, da sie mit Energie dagegen ankämpften im Gegensatz zu anderen, auch sonst faulen und wenig pflichtbewußten.

Pick geht den allgemeinen Grundlagen dieser psychischen Wirkungen auf das somatische Leben nach, indem er auf die Kraftquellen, die Reservekräfte des Nervensystems, zurückgreift. Er erörtert speziell im Hinblick auf den Krieg die Kräfte, welche diese Reserven mobilisieren und auslösen und zeigt insbesondere den Einfluß, den die sthenisierenden Affekte auf die somatischen Funktionen ausüben. Die Arbeit wurzelt, wie naheliegend, in physiologischem Gebiet, sie kann daher, so bedeutungsvoll auch eine solche Weiterführung der betreffenden psychophysiologischen Fragen an sich ist, hier nur andeutungsweise angeführt werden[1]).

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Zu Beginn mag von amtlichen Feststellungen der Bericht des bayrischen Generalkommandos vom 28. August 1915 Erwähnung finden, wonach der Gesundheitszustand beim 1. bayrischen Feldarmeekorps „andauernd vorzüglich" sei und die Nervenerkrankungen die Zugänge im Frieden nicht erreichten, sowie die amtliche Erklärung ähnlichen Inhalts vom 4. November 1915 im Bayrischen Landtag, daß erstaunlicherweise der Prozentsatz der Geisteserkrankungen im Heere äußerst gering sei und in keinem Verhältnis stehe zu den sonst in anderen Kriegen und bei anderen Heeren beobachteten Geisteskrankheiten. Daß ähnliches übrigens auch von der Marine gilt, bestätigen Staelys Beobachtungen über die gute psychische Verfassung von deren Kriegsteilnehmern im ersten Kriegsjahr. (In den ersten drei Wochen beobachtete Staely allerdings Mobilmachungspsychosen vom Charakter kurzdauernder Delirien, die er als Inanitionsdelirien auffaßt.)

Zu korrigieren ist nun nachträglich noch eine Auffassung, die infolge der allenthalben zu findenden Hinweise auch in diese Referate übernommen wurde und im letzten Bericht (S. 9) in der Betonung der „allgemein an-

[1]) Psychologisch bemerkenswerte Hinweise finden sich, wie zum Schluß noch erwähnt sei, auch des öfteren in Tageszeitungen. So wird u. a. bezüglich der Sinneswahrnehmungen im Felde auf die durch Übung und Gewöhnung erzeugte ungemeine Steigerung der Sinnesempfindlichkeit für gewisse Kriegsreize (verfeinerte Wahrnehmung noch weit entfernter Flugzeuge und Geschosse durch Gesicht und Gehör, erhöhte Unterscheidungsfähigkeit der verschiedenen Formen, Geräusche u. dgl.) hingewiesen, des weiteren auf die ständige, unterbewußte psychische Einstellung auf derartige Sinnesreize, daher diese stets sogleich wahrgenommen werden, mag man auch oberbewußt noch so sehr mit ganz anderen Dingen beschäftigt sein und ähnliches mehr.

erkannten vorübergehenden Steigerung der Anstaltsaufnahmen bei Beginn des Krieges“ ihren Niederschlag fand. Bresler hat nun bei etwa 150 Irrenanstalten angefragt, ob dort in der Mobilmachungs- und ersten Kriegszeit die Zahl der Zugänge von frisch erkrankten Geisteskranken aus der Zivilbevölkerung gegenüber der durchschnittlichen Zahl ebensolcher Zugänge in der gleichen Zeit und Jahreszeit der voraufgegangenen 5 Jahre in bemerkenswertem Grade oder überhaupt gesteigert war. Die Antworten einer großen Zahl von Anstalten zeigen, daß nur bei wenigen von einer solchen Steigerung und von einer Überflutung, wie es gelegentlich hingestellt wurde, überhaupt nicht die Rede sein kann. Dieses Ergebnis der Umfrage, die allerdings wohl ihre Fragestellung etwas enger faßt, als es in den sonstigen Berichten gemeint ist, ist doch recht interessant. Ohne sie wäre wahrscheinlich die erwähnte Anschauung als unumstößliche Wahrheit durch alle weiteren Arbeiten gegangen, und doch dürfte sie wohl nur eine unberechtigte Verallgemeinerung unmaßgeblicher Einzelerfahrungen oder durch Zufälligkeiten des persönlichen Beobachtungskreises beeinflußter allgemeiner Eindrücke darstellen[1]).

Von psychiatrischen Spezialerfahrungen seien schließlich Steiners aus einem Kriegslazarett stammende Zusammenstellungen wiedergegeben, die an sich zwar nichts Neues bieten, aber — weil alle von der Front kommenden Fälle der Armee sowie auch aus der Etappe eine größere Zahl umfassend — einen gewissen Überblick über die prozentuale Verteilung der Geistes- und Nervenkrankheiten im Felde selbst gestatten. Die Zahl dieser Erkrankungen war in den beobachteten 5 Monaten an sich gering, die der eigentlichen Psychosen verschwindend sogar. Unter ihnen überwogen die manisch-depressiven (was gegenüber den Erfahrungen anderer überraschend erscheint). Depressive Zustände waren dabei häufiger als manische. Die funktionellen nervösen Störungen machten über die Hälfte der Gesamtzahl aus; doch war wohl wegen sofortiger Verlegung der Verletzten mit organischen Nervenerkrankungen die Zahl der letzteren in Wirklichkeit etwas größer. Von den psychisch-nervösen Erkrankungen war weitaus die überwiegende Mehrzahl schon früher psychoneurotisch erkrankt gewesen, nur bei den neurasthenisch Erkrankten war dies häufig nicht nachweisbar. Die lokalisierten psychogenen resp. hysterischen Störungen fanden sich vorzugsweise bei Mannschaften und Unteroffizieren, während bei Offizieren mehr neurasthenische Zustandsbilder vorkamen. Von den beobachteten Fällen wurden nur 9,5% wieder felddienstfähig, 55,5% wurden in die Heimat abtransportiert, die übrigen als garnisondienstfähig bezeichnet.

Auffallend erscheint die Liliensteinsche Feststellung, wonach bei Kriegsgefangenen seiner Beobachtung Nervenerkrankungen, insbesondere funktionelle, fehlten. Die von ihm angeführten Momente: Schutz der Nervengesundheit durch das Gefühl der Sicherheit, die Entziehung von den Aufregungen des Kampfes und der Lebensgefahr, der Fortfall des

[1]) Aus Tageszeitungen sei noch entnommen, daß der Bochumer Knappschaftsbericht über das erste Kriegsjahr eine Zunahme von (organischen ?) Nervenkrankheiten und Neuralgien, dagegen eine Abnahme der Neurasthenien feststellt.

Alkohols, die sexuelle Abstinenz, die Diät und die streng durchgeführte Nachtruhe in der Gefangenschaft, — dürften um so weniger zur vollen Erklärung dieser Erfahrung ausreichen, als Lilienstein selbst zugeben muß, daß es auch bei dieser Gruppe an emotionell erregenden Einflüssen durch die Trennung von der Heimat und die ungewohnte Umgebung nicht mangelt. A priori müßte man eigentlich analog den Erfahrungen in der Haft, die immerhin doch, wie ja schon die gemeinsame Bezeichnung lehrt, mit der Kriegsgefangenschaft einige nicht ganz belanglose Übereinstimmungen aufweist, erwarten, daß auch hier psychogene Störungen unter Mitwirkung naheliegender Wunschtendenzen nicht selten vorkommen würden. Wollenberg meint übrigens, dieses Vermissen der nervösen Störungen beruhe darauf, daß bei ihnen die innerlich erregenden Momente eben schon fortgefallen seien, beweise aber nicht, daß nicht auch da früher solche bestanden hätten[1].

Als Ursachen für den günstigen Stand der geistigen und Nervengesundheit im Kriege wurden schon früher die verschiedensten Momente angeführt, denen noch ergänzend einzelne hinzuzufügen sind. Daß das Frontmilieu an sich für den seelisch Intakten noch nicht den Charakter einer pathogenen psychischen Atmosphäre trägt, lehrte die psychologische Kennzeichnung Everths. Rohde glaubt, daß der Krieg speziell deswegen günstiger als andere an Affektstößen und körperlichen und seelischen Strapazen reiche Erlebnisse wirkt, weil er einen nirgends sonst so weitgehenden Zwang zur Energie ausübt. Hoche führt allerhand seelische Schutzmomente an: die Gewöhnung, d. h. die psychische Einstellung auf neue Maße des Erlebens, die psychischen Sicherungen des Organismus, die alle ein gewisses Maß überschreitenden äußeren Eindrücke reaktionslos ablaufen lassen, weiter gewisse seelische Erleichterungen, wie sie durch einen bestimmten festen (religiösen, philosophischen usw.) Standpunkt gegenüber der Todesgefahr, durch das Bewußtsein der Vielheit der in gleicher Lage Befindlichen, durch den befreienden und spannende Situationen lösenden Humor und schließlich, und nicht zuletzt, auch noch durch die Fähigkeit auch unter schwierigen Umständen und jederzeit schlafen zu können, gegeben sei. Sommer nennt unter den die Gemütserkrankungen (speziell Depressionen) hemmenden Momenten bei der kämpfenden Truppe die Ablenkung durch die Kriegstätigkeit, Kameradschaft, Einstellung auf hohe Ziele der nationalen Verteidigung, den kollektiven Willen der militärischen Organisation, — bei der Zivilbevölkerung das Miterleben der großen Ereignisse, die andauernde Anspannung im Beruf, den Opfersinn usw. — Daß alle diese vorwiegend psychisch wirksamen Momente nur einen relativen Schutz und vor allem nur gegenüber einer recht beschränkten Zahl und Art von geistigen Störungen (vorwiegend doch wohl gegenüber den psychogenen) bieten können, scheint mir übrigens nicht immer genügend hervorgehoben.

Was umgekehrt die im Kriege schädlichen Momente angeht, so zieht Rohde von charakterologischen Eigenheiten den Mangel an Selbstvertrauen, an Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit mit heran.

[1]) Ritterhaus beobachtete klassische Formen hysterischer Lähmungen bei Belgiern und Franzosen, also doch wohl bei Kriegsgefangenen.

Hoche hebt speziell ein von außen hervorgerufenes seelisches Moment, die psychische Spannung, besonders heraus. Er stellt unter Verwertung dieses Faktors direkt eine Skala zunehmender Kriegsschädlichkeiten auf, die vom gewöhnlichen Infanteriefeuer über das Granatfeuer im Freien und das Granatfeuer in geschlossenen Räumen mit Gefahr des Eingeschlossen- und Verschüttetwerdens bis zur Explosion von Minengängen führt. Speziell dieser letzteren spricht er — nicht zum wenigsten eben wegen der vorausgegangenen Erwartungsspannung — eine fast spezifische Wirkung zu, und erblickt in dieser Spannung geradezu ein prädisponierendes Moment für die psychischen Folgen dieser Minensprengungen.

Rohde will auf Grund der Feldzugserfahrungen auch den Witterungseinflüssen — zumal bei psychopathischen oder erschöpften Menschen — eine nicht unerhebliche krankmachende Rolle einräumen, deren Wirkungen sich besonders mit zunehmender Dauer des Feldzugs, also mit der Zunahme der Erschöpfung bzw. der Erschöpfungseinflüsse, kaum noch innerhalb physiologischer Grenzen bewegten. Ganz besonders schwankte neben dem körperlichen Befinden die Stimmungslage der Leute und bewegte sich ebenso wie die Beurteilung der militärischen Gesamtlage in Extremen, und zwar in gleicher Weise bei psychopathisch Veranlagten wie bei Vollgesunden, zurzeit aber Erschöpften. Daneben kam es aber auch infolge von Wetterumschlägen leicht zu schwereren Störungen meist bestimmter Art. So bot ein neuropathisch nicht behafteter Hornist nach reichlichen, erschöpfenden Einflüssen im Felde einen im Anschluß an Sturm und Wolkenbruch einsetzenden und nach einigen Tagen der Ruhe wieder völliger Frische weichenden Krankheitszustand: initiale, kurze Bewußtlosigkeit, dann Erbrechen und kurzdauernde Benommenheit mit traumhafter Sperrung und schließlich halbseitiger Kopfschmerz, dar. Rohde faßt diesen Zustand, dem keine weiteren Attacken sich anschlossen, als einen migräneartigen auf und führt ihn auf das Zusammenwirken des Witterungsumschlags mit Erschöpfung und Nicotinmißbrauch zurück.

Einen gewissen Maßstab für Größe und Umfang der psychischen Kriegsschädlichkeiten, sei es im Sinne intensivster Unlusterzeugung, sei es im Sinne seelischer Abnormisierung, müßten übrigens neben den eigentlichen psychischen und nervösen Erkrankungen auch die Selbstmorde im Felde geben, zumal die von Personen, die vor dem Kriege seelisch einwandfrei waren (ebenso wie umgekehrt die Zahl der Suicide im Felde evtl. auch einen Rückschluß auf eine sublimierende, vom eignen Ich und seinem Leid abwendende Wirkung des Krieges ermöglichen müßte). Aus naheliegenden Gründen dürfte man über diese im Felde ja auch nicht immer einwandfrei sicherzustellende Erscheinung nicht gerade Erschöpfendes erfahren. Rohde meint auf Grund einer Einzelerfahrung, daß spätere Statistiken schon deswegen nicht alle Suicide erfassen werden, weil mancher so Dahingeschiedene einfach als gefallen gelte. Steiner sah einen Selbstmord bei offenbar schwerer Depression eines älteren manisch-depressiven Mannes. Aus dem Kriege von 1870/71 sind übrigens nach dem Sanitätsbericht 30 Todesfälle an Suicid bekanntgeworden.

Dem Konstitutions- resp. Dispositionsfaktor bei den psychisch-

nervösen Kriegserkrankungen wird verschiedentlich nachgegangen. Rohde, der im allgemeinen die Bedeutung der Konstitution für das erleichterte Auftreten, die Schwere der Symptome und die Ungunst des Verlaufs betont, hebt im besonderen hervor, daß sie im Felde allmählich immer mehr wirksam werde, je mehr exogene erschöpfende Momente einwirken, so daß schließlich schon die geringfügigsten äußeren Anlässe, z. B. Witterungsumschläge, zu mehr oder weniger flüchtigen Störungen führten. Die Endprognose hänge dann von dem Bestehen einer hochgradigen, degenerativen Komponente oder bereits vorhandenen geistigen Schwäche ab. Als besonders in diesem Sinne gefährdete Konstitution glaubt er die asthenische ansprechen zu müssen (mit ihrem Mißverhältnis zwischen Körpergröße und Entwicklung der sonstigen Körperdimensionen und wahrscheinlich auch der Organgröße), sowie die vasomotorische (mit ihrer Neigung zu Wallungen, kalten Füßen, Herzklopfen, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen und depressiv grüblerischer, psychischer Verfassung), von deren Trägern im Laufe eines so erschöpfungsreichen Feldzugs trotz alles Ankämpfens gegen die Erschöpfungsbeschwerden allmählich immer mehr psychisch zusammenbrachen. Rohde hält im übrigen diese Konstitution für unter Umständen durch chronische Erschöpfung und akute Affektstöße erwerbbar, zum mindesten ihre Symptome für den erworbenen Erschöpfungszuständen nahestehend.

Laudenheimer geht schon weiter und sucht klinisch und prognostisch differente Veranlagungstypen mit entsprechend differenter Reaktionsweise auf die pathogenen Kriegsschädlichkeiten aufzustellen.

Zwecks Klarlegung der Fragen, welche psychisch-nervösen Dispositionen oder Konstitutionen auf den Krieg überhaupt pathologisch reagieren, wieweit die Form der psychoneurotischen Erkrankungen, der psychischen Reaktionen von dem endogenen Moment der Persönlichkeit oder von den exogenen des Krieges abhängen, und ob und wieweit der Verlauf der Erkrankungen dadurch beeinflußt wird, stellt er fünf Gruppen von Psychoneurotikern auf: 1. Ängstlich-Depressive (mit akut auftretenden Phobien, chronisch-hypochondrischen, selten leicht-melancholischen Zuständen u. dgl.); 2. Neurasthenische; 3. Hysteroide (mit manifesten Hysteriesymptomen [Lähmungen, Krämpfen, Dämmerzuständen usw.]); 4. Epileptoide (mit epileptischem Charakter, petit mal, Migräne oder pathologischen Rauschzuständen in der Anamnese); 5. Psychopathen (mit psychopathischen Reaktionen bereits vor dem Kriege). — Die Untersuchungen an 52 dieser Psychoneurotiker — 25 weitere Fälle bestätigten im wesentlichen das gewonnene Resultat — ergaben, daß unter ihnen 90% Disponierte, sei es durch angeborene Konstitution, sei es durch vor dem Krieg erworbene anfällige Nervenverfassung, waren. Von diesen bildeten die Ängstlich-Depressiven die größte Gruppe (17). Fast sämtlich disponiert, brachen sie meist schon in den ersten Wochen nach dem Ausrücken ins Feld auf dem Anmarsch oder unter den aufregenden Wirkungen der bloßen Feindesnähe zusammen, daher sich unter ihnen kein einziger Verwundeter befand. Ihre ängstliche Erregung war vielleicht larviert

unter der Form von Herzbeschwerden, Magenschmerzen, Diarrhöen und Blasenstörungen (zwei von diesen Fällen — der eine mit monatelangen, unstillbaren Durchfällen, der andere wegen Blasenleidens häufig katheterisiert, beide Erwartungsneurotiker und in der Kindheit Stotterer — wurden durch eine Hypnose von ihrem Leiden geheilt). Von ihnen wurde keiner — bezeichnend für ihre mangelnde Eignung zum Kriegsdienst! — wieder felddienstfähig.

Von den 10 Neurasthenischen waren alle bis auf eine Ausnahme schon lange vor dem Kriege nervenschwach, 2 verwundet, 6 d. h. 60%, wurden wieder felddienstfähig. Hier trat offenbar das endogene psychisch-konstitutionelle Moment gegenüber dem exogenen der Kriegsstrapazen zurück, daher genügte ein gründliches Ausruhen zur Heilung.

Von den Hysteroiden (11) war der größere Teil vor dem Kriege nicht nachweisbar krank gewesen und direkt im Anschluß an Granatexplosionen oder ähnliche schwere Kriegstraumata akut erkrankt. Die übrigen entsprachen dem hysterischen Charaktertypus und zeigten den Verlauf einer langsam sich steigernden Hysterie. Unter ihnen befanden sich auch die wenigen Kranken, bei denen Begehrungsvorstellungen im Spiel zu sein schienen. Das Vorwiegen der Unbelasteten und schwersten Verwundungen (7) bei dieser Gruppe beweist, daß es zur Erzeugung akuter Nervenstörungen einer besonders intensiven Einwirkung bedarf (im Gegensatz zu den Ängstlich-Depressiven, bei deren endogener Veranlagung schon das emotionelle Moment der Angst und Erwartung genügte).

Die 4 Epileptoiden waren sämtlich disponiert; keiner von ihneu war verwundet, keiner wurde felddienstfähig. Drei hatten dienstliche Schwierigkeiten wegen disziplinarer Verfehlungen.

Von den 10 Psychopathen — sämtlich disponiert, 3 verwundet — wurden 4 (d. h. 40%) felddienstfähig. Der größere Teil von ihnen (9) waren Offiziere und Akademiker.

Dem Zivilberuf nach war unter all den psychisch Nervösen kein einziger Bauer oder ungelernter Handarbeiter, während diese unter den übrigen nichtnervösen Lazarettkranken 33% ausmachten. Handwerker (meist in gehobenen Stellungen) und Unterbeamte waren an den Nervenfällen mit 33%, höhere Berufe (Akademiker, Kaufleute usw.) mit 56% beteiligt, ein Ergebnis, das nach Laudenheimer auf die Zugehörigkeit zu den mit dem Gehirn arbeitenden Berufen als einem disponierendem Moment hinweist.

Es läßt sich nicht verkennen, daß ein solcher Versuch auf Grund der Kriegserfahrungen besondere Dispositionstypen mit spezifischer Reaktionsweise gegenüber den Kriegsnoxen und charakteristischer Verlaufsgestaltung zu gewinnen, von klinischem wie praktischem Wert sein kann. Nur müßte man ihn freilich an einem umfassenderen Material durchführen. unter sorgfältiger Differenzierung der verschiedenen äußeren Reizfaktoren und der zugehörigen reaktiven Erkrankungsformen sowie unter schärferer Erfassung der Wesensdifferenzen der einzelnen zugrunde liegenden Dispositionstypen, — ängstlich-Depressive dürften beispielsweise nicht einfach

wie bei Laudenheimer als gleichwertige Gruppe neben die Psychopathen gestellt werden. Es mag dahingestellt bleiben, ob eine solche Aufgabe jetzt schon in vollem Umfange durchführbar ist, wo uns genügende Handhaben für die Erkennung echter Dispositionsmerkmale doch wohl noch fehlen. Soviel dürfte aber wohl schon jetzt aus den Kriegserfahrungen hervorgehen, daß man zunächst entsprechend den beiden anerkannten verschiedenartigen psychisch-nervösen Krankheitsgruppen eine psychogene und Erschöpfungsanlage wird auseinanderhalten müssen, von denen die eine vorwiegend (wenn auch nicht allein) durch die psychischen, die andere durch die somatischen Kriegsnoxen pathologisch affiziert wird, und die evtl. beide gleichzeitig, wiewohl ihrer Natur nach different, auf dem gleichen (degenerativen) Boden bestehen können. Von ihnen dürfte die erstere im wesentlichen durch erhöhte Ansprechbarkeit für Gefühlserschütterungen, chronische sowohl wie vor allem akute, und gesteigerte Tendenz, diese in pathologische Zustände umzusetzen, letztere durch herabgesetzte Widerstandskraft gegen Ermüdungs- und Erschöpfungseinflüsse und erhöhte Neigung zu funktionellem Aufbrauch und funktionell-nervösem Versagen gekennzeichnet sein.

Bei der psychogenen Disposition tritt dann außerdem aber auch noch die schon immer vermutete und durch anderweitige Erfahrungen, insbesondere auch bei den Haftpsychosen bereits nahegelegte, aber eigentlich erst durch den Krieg zu voller Beweiskraft erhobene Erkenntnis von dem Vorkommen einer erworbenen und selbst einer episodisch bestehenden temporären Disposition entgegen — momentane psychisch-nervöse Einstellung (Wollenberg) —, wie sie speziell im Felde durch den Einfluß erschöpfend wirkender Strapazen (Erschöpfungsboden, Rohde), aber auch durch vorangegangene psychische Erregungen (aufregende Erlebnisse kurz vor dem wirksamen Ereignis, Wollenberg, — konstanter seelischer Spannungszustand vor Minenexplosionen, Hoche, Schmidt) gegeben ist. Ich glaube allerdings auf Grund sonstiger Erfahrungen noch weiter gehen und überhaupt alles, was an psychischen und materiellen Noxen das neuropsychische Gleichgewicht und die Nervenstabilität — sei es passager, sei es dauernd — zu stören und zu schwächen vermag, als prädisponierend für psychogene Störungen hinstellen zu dürfen. — Jedenfalls stellt diese aus den Kriegserfahrungen abgeleitete Erkenntnis von der ungewöhnlich großen Bedeutung einer erworbenen Disposition für die psychisch-nervösen Erkrankungen einen wertvollen klinischen Dauergewinn dar.

Daß schließlich auch eine Rassendisposition bei den psychischen Kriegserkrankungen in Frage kommt, zeigen bis zu einem gewissen Grade die Beobachtungen von Pilcz an 1105 in den ersten neun Kriegsmonaten aufgenommenen geisteskranken Mannschaften. Unter der deutschen Landbevölkerung (Tiroler, Salzburger usw.) fanden sich keine 10 Fälle von Psychosen, die Geisteskranken deutscher Nationalität rekrutierten sich fast ausschließlich aus großstädtischem Material, speziell aus degeneriertem Wiener Mob. Auffallend groß war dagegen die psychische Morbidität bei den Slawen, insbesondere bei den Polen und Ruthenen,

was Pilcz vor allem auf die Alkoholdurchseuchung dieser Gegenden zurückführt. Bei Ruthenen kamen so gut wie ausschließlich depressive Zustandsbilder vor, wohl entsprechend der habituellen „kleinrussischen Melancholie". Die Wahnideen hatte nahezu überall den Inhalt von Selbstanklagen oder Selbstverstümmelung, mit entsprechender Furcht vor dem Erhängt- und Erschossenwerden.

Die einzelnen Krankheitsformen.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände[1]).

Auf diesem Gebiete ist nicht recht viel Neues hinzugekommen. Das von Brugsch entworfene allgemeine klinische Bild der Erschöpfung mag hier ausführlicher Besprechung finden, da es ohne besondere psychiatrisch-neurologische Gesichtspunkte von einem inneren Kliniker auf Grund eines Materials von im wesentlichen innerlich kranken Kriegsteilnehmern gezeichnet wird. Wenn Brugsch dabei dieses Erschöpfungsbild des Feldzugs für ein neues, in früheren Kriegen in solcher Eigenheit, Schwere usw. nicht häufiger zu beobachtendes erklärt, so wird man dem nach den Erfahrungen über nervöse Erschöpfungszustände im Deutsch-Französischen, Russisch-Japanischen u. a. Kriegen doch wohl nicht ganz beipflichten können. — Brugsch sieht in der Erschöpfung nicht bloß ein Symptom eines von Haus aus minderwertigen Muskelapparats bzw. gewisser ungünstiger Zirkulationsverhältnisse, sondern allgemein die Folge einer Veränderung des Reflextonus des Nervensystems, vor allem des vegetativen, und spricht das ganze Bild der Erschöpfung nicht als Krankheit, sondern als momentane individuelle Beschaffenheit des Körpers mit geschädigtem Reflextonus an.

Zunächst erkennt er eine akute Erschöpfung an, die gewöhnlich unter dem Einflusse starker äußerer sensibler Reize zustande komme. Dazu rechnet er auch die infolge starker akustischer Reize entstehenden Bilder schwerster Erschöpfung, wie sie im Gefolge in der Nähe platzender Granaten mit ihren plötzlich und vehement einsetzenden akustischen Detonationen, zumal bei durch Anstrengungen und Entbehrungen dazu Disponierten, aber auch bei von Haus aus nicht Nervös-Labilen aufträten. Solche großen, z. B. den Acusticus erreichenden Energiemengen, seien nicht mehr als normal zufließende Reize zur Aufrechterhaltung des Reflextonus aufzufassen, sondern der elektrischen Entladung eines Blitzes in einer Telephonzentrale vergleichbar. Sie führten akut zum Sinken des Nerventonus und damit zum akuten Bild der Erschöpfung. Als Beispiel führt Brugsch eines der bekannten Bilder von Granatexplosionsneurose mit hochgradiger funktioneller Extremitätenparese, sehr starker Schlaflosigkeit, Konzentrationsunfähigkeit, gesteigerter Affekterregbarkeit usw. an,

---

[1]) Daß unter Neurasthenie hier immer und nur die Zustände erworbner Nervenschwäche verstanden werden, dürfte zur Genüge aus der bisherigen Darstellung hervorgehen. Ich erwähne es nur noch ausdrücklich, weil Cimbal kürzlich — wie zuzugeben ist, mit vollem Recht — darauf hingewiesen hat, daß die Bezeichnung „Asthenie" sonst den angeborenen Schwächezuständen vorbehalten ist.

also eines jener Bilder, wie sie gemeinhin als psychogene angesehen werden. — Man wird dieser Auffassung von den akut entstandenen Erschöpfungszuständen nicht ohne weiteres und zum mindesten nicht allgemein beipflichten können. Denn mögen auch nach manchen Erfahrungen neurasthenische Bilder im Anschluß an Granatexplosionen auftreten und mag es auch halbwegs einleuchten, daß wenigstens bei chronisch nervös Geschwächten eine solche körperliche und psychische Erschütterung ein bisher wenig hervorgetretenes schweres Erschöpfungsbild manifest machen kann, so weisen doch andere Erfahrungen auf eine andere Entstehungsweise und einen anderen Charakter des Krankheitsbildes — eben jenen vorzugsweise psychogenen — hin, und zudem müßte der Nachweis doch erst geliefert werden, daß akute, starke Sinnesreize, so etwa auch Blendungseinflüsse bei Fliegern und ähnliches, an sich genügen, um Wirkungen hervorzubringen, wie sie sonst meist erst von langdauernden körperlichen Schädigungen, Strapazen, Entbehrungen usw., herbeigeführt werden. — Allerdings schränkt Brugsch selbst seinen Standpunkt bald wieder etwas ein, und zwar eben zugunsten des hier Angedeuteten. Er hält es schon für zweifelhaft, ob auch andere starke sensible Reize (thermische, optische) durch Beeinflussung des Reflextonus solche Erschöpfungsbilder zu erzeugen vermögen, erkennt es dafür aber für gemütserschütternde Eindrücke bei psychasthenischen Individuen an und betont im übrigen, daß diese Gruppe gegenüber dem großen Kontingent der „eigentlich" erschöpften Kriegsteilnehmer zurücktrete. Bei ihnen handle es sich nicht um ein akut auf Grund exzessiver Leistungen zustande gekommenes Bild völliger Apathie und Adynamie, sondern darum, daß Menschen, die gesund hinauszogen und monatelang alles mitmachten und ertrugen, eines schönen Tages merkten, daß es nicht mehr weiter gehe und trotz aller Energie als leistungsunfähig zurückgeschickt werden mußten. Manche hätten diesen Zusammenbruch erst nach sonst leicht ertragenen Unterbrechungen des Wohlbefindens (Darmverstimmung, geringer Erkältung) in seiner ganzen Größe bemerkt oder seien sich überhaupt erst in der Ruhe zu Hause ihrer Leistungsunfähigkeit bewußt geworden.

Als Kennzeichen der Erschöpfung führt Brugsch die im großen ganzen bekannten an: zunächst die in jeder Beziehung herabgesetzte Leistungsunfähigkeit, Ermüdung und schnelle Erschöpfung, die sich körperlich durch Schweißausbruch, starkes Herzklopfen, Ohnmachtsgefühl und Schwindelerscheinungen kundgebe; des weiteren starke subjektive Herzbeschwerden, Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, Parästhesien, Schwäche in den Gliedern, mäßige Libido, mangelhafte Erektion, vorzeitige Ejaculation, auch Bettnässen in Fällen, wo es schon in der Jugend bestand. Der Schlaf sei in den ersten Nächten nach der Rückkehr aus dem Schützengraben bleiern und nicht erfrischend, durchsetzt von wirren, angstvollen und erregenden Träumen, dann folge eine Periode der Schlaflosigkeit, die wochenlang anhalten könne. In psychischer Hinsicht bestehe mürrische Stimmung mit verschlossenem Wesen und überwertigen Gegenwarts- und Zukunftsbefürchtungen aus dem Gefühl der allgemeinen Schwäche und Leistungsunfähigkeit heraus, dazu ein nach den verschiedensten Richtungen

ausgeprägtes krankhaftes Organgefühl besonders des Herzens, aber auch der Nerven (Schmerzen). Vielfach ständen die psychischen Veränderungen mit ständig starkem Ermüdungsgefühl, starkem Schlafbedürfnis und Konzentrationsunfähigkeit im Vordergrund. Manchmal — allerdings nur bei von Haus aus psychisch Labilen — bestehe das reine Bild der Psychasthenie. Zum Bilde der Erschöpfung rechnet Brugsch weiter noch niedrigen Blutdruck und Herzdilatation, erhöhte vasomotorische Erregbarkeit durch mechanische Reize, abnorme Gefäßreizungen, Angiospasmen, auf die anginöse Beschwerden, plötzlicher Schwindel, Gefühl des Taumelns selbst nach geringfügigen körperlichen Anstrengungen zurückzuführen seien (während Hemikranie, Flimmerskotom keine Erschöpfungssymptome wären), des weiteren gewisse Vaguswirkungen aufs Herz (die nicht seltenen Anfälle von Brady- und Tachykardie, letztere oft psychisch ausgelöst). Respiratorische Arhythmien waren dagegen bei Erschöpften seltener. Insuffizienzerscheinungen des Herzens waren auf Schwäche des Vasomotorius zurückzuführen. Von seiten des Magens fand sich Inappetenz, Funktionsschwäche u. dgl., von Nervenstörungen grob- und feinschlägiger Tremor, leichtere Koordinationsstörungen, Motilitätsschwäche, Parästhesien, auch Abstumpfung der taktilen Ästhesie, leichtes Einschlafen der Glieder usw. Ausgesprochene Neuritis hält Brugsch nicht für ein Erschöpfungssymptom, Störungen des Reflexapparates waren bei Erschöpften nicht die Regel. Nicht selten fand sich eine leichte Protrusio bulbi mit Gräfeschem Symptom, vielleicht infolge Beteiligung der Schilddrüse. Schließlich erwähnt Brugsch noch die erhöhte Empfänglichkeit und geringere Widerstandskraft gegenüber Infektionen (doch wohl auch gegenüber sonstigen insbesondere auch psychischen Schädlichkeiten. Ref.).

Morawscik stellt gewissermaßen einen Erregungs- und Lähmungstypus auf, indem er den körperlich Erschöpften mit Anergie, verlangsamtem Denken und einer sich oft bis zu einem stuporösen Zustand steigernden Apathie, stürmischere Erscheinungen auf neurasthenischem Boden: mit hypochondrischen Sensationen saturierte Kranke, die in völlig verändertem Zustand vom Kriegsschauplatz nach Hause kommen, aufgeregt, unruhig, mit häufigen Weinanfällen, Kongestionserscheinungen, fliegendem Puls, pulsierenden Carotiden und absoluter Schlaflosigkeit gegenüberstellt.

Steiner gibt wohl ein schwerstes nervöses Erschöpfungsbild wieder, wenn er einen im Anschluß an schwere körperliche Hinfälligkeit ohne inneres Leiden entstandenen Zustand psychischer Hinfälligkeit mit monotoner leiser Sprache, verlangsamter Auffassung, erschwerter Orientierung und an Myasthenia gravis erinnernder äußerster Mühseligkeit aller körperlichen Bewegungen beschreibt, der bei Bettbehandlung rasch sich besserte.

Als rein seelische Erschöpfung, die sich in einem Übererregungs-, einem Reizzustand der Hirnrinde äußere und vielleicht durch vasomotorische und toxische Stoffwechselstörungen bedingt sei, will Rohde Erregungszustände halluzinatorischer Art aufgefaßt wissen, wobei einzelne sonst völlig gesunde Menschen nach tagelangem Liegen im heftigsten Granatfeuer ängstliche Gesichtstäuschungen hatten, mitten im stärk-

sten Artilleriefeuer sangen, eigenartige ängstliche Stellungen einnahmen, in der Ruhe dagegen sofort völlig verständig waren und sich sofort erholten. Er meint, die ständige seelische Anspannung, die starken körperlichen Strapazen lösten extreme Angstzustände mit plastischer Verdeutlichung der Angst aus. — Ich glaube, mancher wird eine so ausgelöste und gekennzeichnete psychotische Episode eher in die Nähe der psychogenen Störungen rücken, zumal die schnelle Entwicklung und das sofortige Zurückgehen in der Ruhe wohl auch mehr für einen solchen Zusammenhang sprechen. Überhaupt kann man, meine ich, mit der Erweiterung des Krankheitsbildes der nervösen Erschöpfung speziell in psychotischer Richtung nicht vorsichtig genug sein, und nur mit wirklich ausreichendem Beweismaterial sollte man hier über das bisher Anerkannte hinausgehen.

Aus dem gleichen Grunde kann ich auch nicht ohne Bedenken einen weiteren Fall Rohdes wiedergeben, der beweisen soll, daß die chronische Erschöpfung nicht nur funktionelle Störungen hervorrufen, sondern auf einer konstitutionellen Grundlage durch toxische Einflüsse, speziell durch Schädigung der innersekretorischen Drüsen deletär wirken kann, ähnlich wie es in der Pubertät ganz akute Verblödungsprozesse gebe, zumal wenn hier die Kranken noch immer zu weiteren Arbeiten angetrieben würden. Ein 25jähriger, von jeher ausgesprochen psychopathischer Offizier, der nach eigener Angabe unter den Anforderungen des Krieges allmählich immer unruhiger wurde, an wechselnden Nosophobien und Neuralgien litt, bei Psychotherapie sich zwar schnell erholte, aber immer nervöser wurde, brach nach $2^1/_2$ Monaten Kriegsdauer psychisch wieder akut mit ständigen Kopfschmerzen, Unruhezuständen, Verstimmung, absoluter Ratlosigkeit und Entschlußunfähigkeit zusammen. Dazu traten Andeutungen von katatonischen Erscheinungen, langes Vorsichhinstarren, ohne zu wissen warum, langes Beibehalten gegebener Stellungen und geistiger Rückgang unter den Augen des Arztes, der ihn schleunigst in die Heimat zurückschickte. Rohde hält hier die Ermüdbarkeitsgrenze für überschritten und läßt es im übrigen unentschieden, ob ein Dauerzustand eintreten oder der geistige Rückgang sich wieder heben werde.

Als Unfallneurasthenie bezeichnet Ritterhaus ein halluzinatorisches Bild, das bei einem — übrigens starken Nicotinmißbrauch ausübenden — Offizier auftrat, als er nach schon vorangegangenen schweren Anstrengungen 62 Stunden im feindlichen Feuer mit der Bedienung einer wichtigen Telephonzentrale beschäftigt gewesen war. Er halluzinierte nun gewissermaßen ununterbrochen jene Telephongespräche bei Tag und bei Nacht und hörte, namentlich bei dem vergeblichen Versuch einzuschlafen, beständig das summende Weckzeichen des Feldtelephons und in allen möglichen Tonlagen die Stimmen der Personen, mit denen er damals in fortgesetzter Verbindung gestanden. Er hatte dabei vollkommene Krankheitseinsicht und verglich den Zustand sehr charakteristisch mit Walzermelodien, die einem nach einer durchtanzten Nacht am andern Tage nicht loslassen wollen, nur daß jene zwangsmäßig quälenden Gehörsempfindungen viel plastischer und intensiver seien. — Trifft die Bezeichnung „Unfallneurasthenie“ so recht die infolge von Übermüdung und nervöser

Überreizung auftretenden halluzinatorisch lebhaften Nachwirkungen vorangegangener langdauernder Sinnesreize?

Von symptomatologischen Kennzeichen der Erschöpfung hebt Mayerhofer die mechanische Muskelübererregbarkeit heraus. Er fand bei frisch aus der Front eingebrachten Soldaten eine starke Muskelwulst nach Schlag und hält dies Phänomen für einen prognostisch verwertbaren Gradmesser der durchgemachten Körperanstrengungen.

Von zahlenmäßigen Feststellungen sei schließlich noch erwähnt, daß Meyer im ersten Kriegsjahr unter 1126 militärischen Aufnahmen 84 Neurasthenien (oder „erworbene psychopathische Konstitutionen") sah, wozu er auch Fälle mit dem Bilde reizbarer Schwäche oder explosibler Diathese rechnet. Von ihnen waren nur 16 früher anscheinend gesund, 68 hatten schon neurasthenische Erscheinungen vor dem Krieg, 9 boten Steigerungen des Leidens durch den Krieg.

Die weitgehendste Verbreitung unter den Kriegsteilnehmern schreibt übrigens Hauptmann den nervösen Erschöpfungserscheinungen zu, insofern sie sich bei allen fänden, die lange genug die körperlichen und seelischen Kriegsstrapazen mitgemacht hätten.

Psychogene Störungen.
(Schreckneurosen, traumatische Neuropsychosen, hysterische Zustände.)

Als bezeichnend für die allgemeinen nervösen Geschoßwirkungen sei zunächst angeführt, daß Rohde unmittelbar nach einem Granatschreck und vorübergehend (bis höchstens eine Stunde nach der Shockwirkung platzender Granaten) unfallneurotische Zeichen feststellen konnte. Knauer fand in zahlreichen frischen Fällen von Schreckneurose nach Granatfeuer den arteriellen Blutdruck in den ersten Tagen häufig beträchtlich erhöht (bis 180 mm Hg). Unter Lazarettbehandlung fiel er meist in wenigen Tagen wieder zur Norm, doch war er oft genug auch nach 2—3 Wochen noch nicht zurückgegangen. Diese Blutdrucksteigerung findet sich nach Knauer bei den einfachen degenerativen Hysterien, die schon nach ganz unbedeutenden Erlebnissen manifest zu werden pflegen, nicht, ein Moment, das m. E. auf die enge bei den degenerativ-hysterischen Störungen fehlende Beziehung zu dem starken äußeren Affektstoß hinweist und vielleicht für die selbständige klinische Stellung der Schreckneurose verwertet werden kann. Nach Knauer wird man übrigens bei der Begutachtung solcher Kriegsteilnehmer zu beachten haben, ob solche langdauernde Blutdrucksteigerungen für den Zirkulationsapparat gleichgültig sind. An die von Ehrmann beobachteten erheblichen Pulssteigerungen und Extrasystolen im Granatfeuer sei in diesem Zusammenhang noch einmal erinnert.

Nervöse Geschoßwirkungen sind übrigens auch bei Tieren im Felde beobachtet worden, deren Analogie mit den ähnlich bedingten Störungen beim Menschen ohne weiteres hervortritt. Reuter nennt den Nervenshock als die häufigste Form dieser psychischen Geschoßfolgeerscheinungen. So bot in einem von Eberlein im Felde beobachteten Falle ein Pferd, das nach einer in seiner Nähe erfolgten Granatexplosion zusammengestürzt

und kurze Zeit liegen geblieben war, als es sich erhob, große Schreckhaftigkeit, Muskelzittern, unsichern Stand, gespannten Gang, schwachen und verlangsamten Puls, beschleunigte Atmung und anfänglich unterdrückte Futteraufnahme. Nach Überweisung in die Pferdesammelstelle erfolgte innerhalb drei Wochen Heilung. Von sonstigen — meist vorübergehenden — Störungen ist Nervenshock mit allgemeiner oder teilweiser (Schreck- und Starrheits-) Lähme zu nennen, analog den Schrecklähmen von Rehen und selbst Füchsen, die von Nervenshock durch Geschoßeinwirkung ohne Schußverletzung betroffen, starr stehenbleiben und beim Zugehen auf sie nicht ausweichen. Es kamen unter den deutschen Kriegspferden aber auch vereinzelte Todesfälle ohne nachweisbaren pathologischen Sektionsbefund infolge von Shock und Explosionswirkung der Schwergeschosse vor. Als prädisponierendes Moment kommt auch bei den Pferden Schwächung der Widerstandskraft durch Strapazen u. dgl., ja möglicherweise auch durch die psychischen Einflüsse des Schlachtfelds in Betracht, außerdem aber auch die verschiedene Veranlagung, daher sich z. B. die deutschen Kriegspferde (ebenso übrigens auch die Sanitätshunde) besser als die russischen Pferde an den Geschoßlärm usw. gewöhnt haben. Die anhaltenden und heftigen Beschießungen können außerdem auch noch verschiedene nervöse Reizzustände („Neurasthenie, Psychasthenie") zur Folge haben, so daß sich solche Tiere dann bei einer weniger gefährlichen Verletzung nervös aufgeregt und unbändiger benahmen.

Erwähnenswert ist vielleicht noch, daß das gegen Gewehrfeuer an sich nicht empfindliche Wild infolge des Geschützdonners und Massenfeuers auf dem westlichen Kriegsschauplatze Wanderungen vornahm, während Sing- und andere Vögel ihren Rayon nicht aufgaben, erstere sogar weitersangen, und daß tragende Tiere infolge des Kanonenlärms durch vorzeitiges Bersten der Fruchthüllen verworfen haben.

Von neuen Zusammenstellungen über nervöse Granatexplosionsstörungen berichtet W. Schmidt über 50 Fälle bei Soldaten, deren Vorleben bis dahin frei von gröberen psychoneurotischen Erscheinungen war. Die körperlichen Symptome stimmten mit den Befunden der bisher erwähnten Autoren überein. Tremorformen waren sehr häufig (26). Bevorzugt waren im allgemeinen die oberen Extremitäten (14), der Kopf war 7 mal, die unteren Extremitäten 5 mal betroffen. In einigen Fällen lag eine Projektion des Tremors nach Stellen vor, die im früheren Leben bereits einmal erkrankt waren (Armbruch, Brandnarben). Im allgemeinen folgten sie den hysterischen Formen, d. h. sie zeigten keinen ausgesprochenen Typ und wiesen alle Nuancen vom fein- bis grobschlägigen Zittern auf. Bei intendierten Bewegungen wie im Schlaf war ein deutliches Nachlassen bzw. Aufhören nachweisbar. Auffallend war in allen Fällen die geringe suggestive Beeinflußbarkeit. Die Tics (14) erstrecken sich speziell auf die Gesichts-, Hals- und Schultermuskulatur (letztere 8-, erstere 6 mal betroffen). Sie machten den Eindruck des Zielbewußten und Affektierten und trotzten ebenso wie die Tremorformen hartnäckig jeder therapeutischen Beeinflussung (vgl. aber später Nonne). — Abasie-Astasie kam 7 mal vor, 4 mal in Verbindung mit Tremor — bei meist freier Bewegungsfähigkeit der Beine im Liegen

und Sitzen. Die Gangstörungen waren ungemein mannigfaltig, kaum je völlig übereinstimmend, sowohl durch paretische wie spastische Mechanismen bedingt, letztere aber anscheinend bevorzugt, daher auch öfter Nonnes spastische Pseudoparese nachweisbar. Zwei Fälle zeigten spastische Ptosis, der eine davon außerdem noch sehr deutlichen Konvergenzkrampf. Auch die Sprachstörungen (14 Fälle) wiesen alle Übergänge von völligem Mutismus (2 mal) bis zur Dysarthrie in Gestalt des Stotterns auf. Meistens handelte es sich um ein Stottern, das den Gedanken an eine ticartige Störung der Sprachmuskulatur wachrief. Von da führten aphonische Störungen zum völligen Versagen der Sprachmuskelfunktion. Die Gehörstörungen (5) erstreckten sich in allen Fällen auf beide Gehörorgane. In keinem Fall bestanden Störungen des inneren oder äußeren Ohrs. Hysteriforme Anfälle, klinisch den üblichen hysterischen Bildern entsprechend, wurden in 10 Fällen beobachtet (5 mal bei den Tremor-, 2 mal bei den Tic-, 3 mal bei den Abasie-Astasieformen) — meist in Anschluß an affektbetonte Erlebnisse. Vasomotorische Störungen der verschiedensten Art waren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (46) vorhanden und boten eine erstaunliche Übereinstimmung mit den anderwärts gemachten Erfahrungen. Subjektiv bestanden Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche, Aufgeregtheit, Schlaflosigkeit usw. Ein Fall mit bereits früher vorhandener Hyperhidrosis der Hände bekam nach einem Schreck infolge Granatexplosion eine so hochgradige Steigerung des Leidens, daß seine Hände stets wie eben gewaschen und nicht abgetrocknet aussahen. Sensibilitätsstörungen bestanden nur in verschwindend wenigen Fällen.

Ursächlich lag übereinstimmend Granatexplosion, in unmittelbarer Nähe ohne ernstere Verletzungen vor, teilweise mit Verschüttung. Weitaus die größere Mehrzahl konnte sich des Ereignisses selbst nicht mehr erinnern, erst einige Zeit nachher setzt die Erinnerung wieder ein. Bei angeblich gut erhaltenem Gedächtnis an das Platzen der Granaten handelte es sich möglicherweise um Erinnerungsfälschungen, speziell um verkehrte Datierung früher erlebter ähnlicher Eindrücke. In einigen weiteren Fällen ließ sich eine Summation mehrerer Explosionen konstatieren, denen der Betreffende in kurzen Intervallen ausgesetzt war, wobei in einem Fall sogar eine proportionale Steigerung des Tremors angegeben wurde.

Unter Manns 23 Fällen waren Lähmungserscheinungen am häufigsten (11 mal Sprachlähmung, 2 mal mit Taubheit, 2 mal Taubheit, 3 mal körperliche Lähmungszustände). Sprachapparat und Gehörorgan waren in den Fällen intakt, bei einem Tauben fand sich etwas Schützengrabenschmutz im Ohr. Rein neurasthenische Störungen fanden sich nur in einem Falle, dagegen waren auch in den übrigen neurasthenische Begleiterscheinungen nicht selten. Die Anamnese — deren auffallende Zuverlässigkeit bei diesen Kriegsteilnehmern im Gegensatz zu den traumatischen Neurosen des Friedens übrigens verschiedentlich (Meyer, Seelert) betont und mit dem Zurücktreten von Rentenvorstellungen und Entschädigungsansprüchen in Zusammenhang gebracht wird — ließ eine besondere nervöse Veranlagung bei mehr als der Hälfte der Fälle nicht auffinden. — Bei 2 spielte Alkohol sicher eine Rolle, bei 6 kam eine hysteri-

sche Komponente in Betracht. Bei keinem lag Granatfeuer und Explosionseindruck als erstmaliges Erlebnis vor, dagegen bestand zweifellos bei allen ein durch vorangegangene Strapazen und Entbehrungen herbeigeführter Erschöpfungszustand, der wohl den eigentlichen Boden für die Erkrankung bildete. Bei den Erschöpften grabe sich eben der Affekt sozusagen zu tief ein und bleibe mit der Erinnerung an die Erlebnisse zu sehr affektiv verknüpft. Für den Mechanismus dieser Störungen hat Mann zwei Erklärungsmöglichkeiten: Entweder sei die Entladung des hochgradigen Affekts durch die gerade in diesem Zustande auftretende Bewußtlosigkeit nicht mehr möglich, so daß die Symptome des eingeklemmten Affekts nicht mehr zum Abreagieren kommen, sondern fixiert bleiben, oder die physiologischen Sperrvorrichtungen gegen das Überspringen eines zentripetalen Reizes auf die zentrifugalen Bahnen versagten beim Zusammentreffen besonderer Umstände wie Erschöpfung, Überraschung, Schreck u. dgl., die Sicherungen brennen durch, der Reiz springe subcortical auf die motorische Bahn und mache dadurch eine sachgemäße Innervation von seiten der höheren Zentren unmöglich. Gegenüber solchen physikalischen Erklärungen, die ähnlich ja auch sonst wiederkehren, kann vielleicht eingewendet werden, daß sie eben doch nur Bilder sind und bleiben, mögen sie an sich auch noch so anschaulich sein, und daß sie deshalb die Annahme eines analogen Vorgangs im Nervensystem durchaus noch nicht gestatten.

Gaupp hebt bei der traumatischen Soldatenhysterie die starke Neigung zu psychomotorischen Reaktionen ähnlich der Hysterie der Jugendlichen hervor. Nonne betont bei den hierher gehörigen von ihm als Kriegshysterien gekennzeichneten Fällen speziell das Vorwiegen der monosymptomatischen Erscheinungen, das sehr häufige Fehlen des hysterischen Charakters, die überraschende Häufigkeit der Vasomotorenstörung (die sich übrigens mit der Behebung der motorischen Funktionsstörung nicht selten recht schnell zurückbilde), und die ebenfalls überraschende Häufigkeit von isolierten Dauercontracturen (beispielsweise solchen des Peroneusgebiets, des Ellbogengelenks, der Daumenbeuger und der Interossealmuskulatur). Gesichtsfeldeinengung sei häufig, sensorische Störungen seltner, und Anomalien der Schleimhautreflexe durchaus unregelmäßig. In den Symptomen unterschieden sich die Fälle mit und ohne initialen Bewußtseinsverlust nicht. Somatische Traumen allein vermochten ebenso wie psychogene und ideogene Momente allein den hysterischen Symptomenkomplex auszulösen. Die Häufigkeitsskala für diese ursächlichen Momente stellte sich im übrigen folgendermaßen: 1. Granatkontusion, 2. Verwundungen, 3. Strapazen, 4. Angst, 5. (auch keineswegs selten) keine nachweisbare spezifische auslösende Ursache. Mehr als die Hälfte der Fälle war ohne neuropathische Vorlebenszüge und Belastung. Der hysterische Symptomenkomplex ist also, schließt Nonne bei einem durch normale Belastung nicht affizierbaren Nervensystem leichter durch überwertige Momente auslösbar als man gedacht.

Diese eine grundlegende Kriegserfahrung, die schon im vorigen Bericht herausgehoben wurde, findet man überhaupt allenthalben, wenn auch in

verschiedener Fassung, anerkannt. Es könne eben auch bei Gesunden unter besonderen Bedingungen eine Erleichterung der Auslösung von kinetischen Reiz- und Lähmungserscheinungen auf rein psychischem Wege eintreten, auch der Gesunde könne vorübergehend hysterisch werden, sagt Mann. Jeder Feldzugsteilnehmer ist bei entsprechenden Erlebnissen hysteriefähig, Hoche usf.

Von einer ausgedehnten Wiedergabe der Kasuistik, soweit sie keine besonderen Erfahrungen und Gesichtspunkte in der Frage der psychogenen Störungen bietet, wird im Hinblick auf die ausreichenden Hinweise des vorigen Berichtes abgesehen. Beachtenswert sind vielleicht folgende Einzelbeobachtungen.

7 Fälle von Gaupp mit eigentümlicher Körperhaltung: Starke Vornüberbeugung von Kopf und Oberkörper fast rechtwinklig zu den Beinen, dabei Gehen an Stöcken manchmal unter Schonung des einen Beins, einmal auch unter Ausschaltung der Beinbewegungen. Das Bild, an hochgradige Altersversteifung der Wirbelsäule oder die Strümpell-Mariesche Form der Wirbelankylose erinnernd, war ganz verschieden verursacht: 2mal waren organische Veränderungen der Rückenmuskulatur durch Prellung vorangegangen, einmal Gewehrschußverletzung des Steißbeins, einmal Schreck in hockender Stellung durch die in der Nähe erfolgende Granatexplosion. — Funktionelle Haltungsanomalien verschiedener Glieder führt Jolly an.

Psychogene Störungen von cerebellarem Charakter, insbesondere psychogen beeinflußte Gleichgewichts- und Gehstörungen bei gleichzeitigem Bestehen von traumatisch organischen cerebellaren Störungen boten Fälle von Löwenstein. Auch Nonne sah exquisites Taumeln und Schwanken rein hysterischen Charakters nach Kopfverletzungen. Nach Bonhöffer fixiert sich das cerebellare Schwanken bei psychopathischen Individuen überhaupt leicht hysterisch, vielleicht wegen seiner leichten Darstellbarkeit. Goldstein weist umgekehrt darauf hin, daß der cerebellare Symptomenkomplex leicht mit funktionellen nervösen, hysterisch-neurasthenischen Symptomenbildern verwechselt werden könne, wie sie recht häufig nach Schädelverletzungen auftreten.

Salzer bezeichnet den durch Herabsetzung der Sehschärfe, konzentrische Gesichtsfeldeinengung und Zuckungen oder Krämpfe der Gesichtsmuskulatur gegebenen Symptomenkomplex als häufig gleichförmig wiederkehrendes Krankheitsbild der traumatischen Neurose des Auges, das besonders nach Granatfeuer und sonstigem Schreck beobachtet werde.

Eine umfassende funktionelle Augenstörung bei traumatischer Hysterie beobachtete Westphal. Nach leichter Schußverletzung des Hinterkopfes trat eine Ophthalmoplegia externa auf, die abwechselnd mit Zuständen spastischer Contractur der Mm. recti interni, Miosis und aufgehobener Lichtreaktion einherging. Daneben bestand Blepharoclonus, hochgradige Gesichtsfeldeinengung, zentrales Skotom für alle Farben, Konvergenzkrampf bei Belichtung, monokuläre Diplopie, völlige Areflexie der Cornea, Achromatopsie, Analgesie, Anosmie, Ageusie und Krampfanfälle bei Aufregungen, psychisch ausgesprochen hysterisches Wesen mit Denk-

hemmung, dabei Abhängigkeit und Beeinflußbarkeit der Symptome durch die Untersuchung.

Von funktionellen Erblindungen sah Feilchenfeld eine plötzliche unter großen Schmerzen erfolgende Amaurose eines Auges bei einem nicht hysterisch veranlagten Unteroffizier, der 4 Wochen vorher das andere Auge durch Enucleation verloren, den Verlust mit Gleichmut hingenommen und möglichst bald wieder ins Feld zurück wollte. Schmerzen und Sehkraft wurden suggestiv geheilt. — In einem anderen Fall trat funktionelle einseitige Erblindung nach Stirnhirnschuß ohne sonstige cerebrale Störungen auf, wobei Feilchenfeld an die Möglichkeit einer molekularen Schädigung des Großhirns denkt. In einem dritten war doppelseitige Hemianopsie mit scharf abgeschnitten senkrechter Begrenzung, sehr flüchtig, rechts und links oszillierend, und nach einigen Tagen verschwindend nach Granatexplosion bei einem früher nicht an Migräne leidenden Leutnant aufgetreten. Feilchenfeld glaubt aus diesem Fall, den er als „echte traumatische Neurose" bezeichnet, auf eine nahe Verwandtschaft zwischen den molekularen und den bereits als organisch aufzufassenden Hirntraumen schließen zu dürfen. Steiner sah eine lange Zeit unverändert und unbeeinflußbar bleibende hemianopische Sehstörung bei einem bisher gesunden Kriegsfreiwilligen neben gleichzeitigen funktionellen nervösen Symptomen. Er läßt es unentschieden, ob organischer oder funktioneller Natur.

Hoffmann konnte bei 50 Fällen von Detonationsverletzungen des Gehörorgans in jedem Falle Sensibilitätsstörungen am äußeren Ohr nachweisen, die bei reinen Affektionen des Schalleitungsapparats bei sonst normalen Patienten fehlen. Die Intensität der Störung lief im allgemeinen dem Grade der Störung der Cochlearisfunktion parallel, in den schwersten Fällen bestand Analgesie, die Ausbreitung war von verschiedenem Umfang, und zwar nicht der Verbreitung der Hautnerven entsprechend. Für Hysterie boten die Patienten meist gar keine Anhaltspunkte. Als traumatische Neurose will Hoffmann das Bild auch nicht bezeichnen, wiewohl die Patienten, als sie das Trauma erlitten, unter dem Eindruck der schweren Kämpfe standen und daher psychisch recht labil waren. Dabei schloß sich die Sensibilitätsstörung unmittelbar an das Trauma an. Suggestiv war der Zustand in keiner Weise zu beeinflussen. Die Patienten waren im übrigen fast alle fröhlicher Stimmung und ohne Depressionszustände. — Nun diese Beobachtungen würden dann eben die nicht mehr ganz neue Tatsache beweisen, daß hysterische Sensibilitätsstörungen auch monosymptomatisch auftreten können.

Stimm- und Sprachstörungen durch Shockwirkung meist nach Granatexplosion sah Gutzmann in 22 von 80 derartigen im Felde erworbenen Störungen. Gehäuftes Auftreten hysterischer Taubstummheit beobachtete Seige nach einer heftigen Beschießung. Fälle von rhythmischem Bellen und Grunzen (kombiniert mit Gangstörungen) sah Gaupp, zwei Fälle von fraglos funktioneller ausgesprochen atektischer Sprachstörung nach Tangentialschuß des Gehirns Weber. Hoffmann sah mehrfach bei Feldzugsteilnehmern ohne sonstige Stigmata im Anschluß an unbedeutende Laryngitiden oder Myalgien des Sternohyoideus Schließer-

paresen auftreten, die auf Sondierung sofort verschwanden. Auch Barth erwähnt im Anschluß an seine Kriegsbeobachtungen von funktionellen und organischen Kehlkopfstörungen das häufige Vorkommen von funktionellen Aphonien nach chronischer Laryngitis, was auch Killian mit dem Hinweis bestätigt, daß Stimmstörungen nach Katarrhen gerade bei Soldaten, zumal im Kriege, recht zahlreich seien. Barth läßt es dahingestellt, ob es sich um Hysterie, Gewohnheitsstörung oder Reflexlähmung handelt. Killian spricht sich für eine Gewohnheitsstörung aus, wobei die Stimmbänder beim Phonieren nicht hauchartig angeblasen, sondern gepreßt würden. Die Häufigkeit ihres Auftretens bei Soldaten erklärt er durch deren besonderes Bestreben, mit möglichst kräftiger Stimme zu sprechen. Bei den meisten gehe die Störung durch Behandlung in einer Sitzung zurück, auch seien die Patienten meist lernwillig. Freilich kämen auch Rückfälle vor, wobei natürlich auch Simulationsverdacht naheliege. Oppenheim meint, vielleicht ließe sich aus der Art der Heilung — rascher Suggestiverfolg bei hysterischen Zuständen — allmähliche Wiedererlangung des Sprechens bei Gewohnheitslähmungen — eine differentialdiagnostische Entscheidung treffen, was von Bonhöffer in Abrede gesteilt wird. Nach Bonhöffer dürfte bei diesen Gewohnheitsaphonien sehr häufig ein psychogenes Moment im Spiele sein. Das Schwinden des neuen Symptoms in der ersten Sitzung, also unter dem Einfluß einer neuen ärztlichen Situation spreche für Hysterie und gerade auch unter den simulationsverdächtigen immer wieder Rückfälligen dürfte sich mancher Hystericus befinden. Auch Barths Angaben, daß gerade Menschen eines niedrigen Bildungsniveaus für die Störung in Betracht kämen, sei für Hysterie verwertbar, da gerade unter solchen, der kindlichen Stufe näherstehenden, die Hysterie mit Vorliebe monosymptomatisch auftrete. Das häufige Auftreten bei Soldaten (wie bei Dienstmädchen) spreche auch eher für den hysterischen Charakter der Störung.

Als Gewohnheitslähmung im Sinne Ehrets faß Ledderhose einen Fall auf, bei dem sich 3 Wochen nach einer Verstauchung des Fußes eine persistierende Supinationsstellung desselben, Lähmung der Peronealmuskeln ohne objektive Veränderungen, dauernder Spasmus der Antagonisten, Hyperästhesie an Fuß und halbem Unterschenkel, sowie Kühle, Blaufärbung und gesteigerte Schweißbildung in diesem Teil einstellte. Außerdem bestanden nervöse körperliche Störungen.

Fälle von Akinesia amnestica mit Innervationsentgleisungen bei Bewegungsversuchen führt Oppenheim bei Schußverletzungen des Radialis, Accessorius, Ischiadicus sowie bei nicht organisch bedingter Paraplegie und Monoplegie der Beine an.

Reflexlähmungen im Sinne Oppenheims erwähnt Spielmeyer: komplette Paralyse mit Atrophie vom Charakter der Erbschen Lähmung nach Schußverletzung des Oberarms; — Henneberg: Lähmung des Fußes nach Schußfraktur der Tibia, 10 Monate bestehend, ohne Entartungserscheinungen, ohne Achillessehnenreflexherabsetzung, ohne Sensibilitätsstörung und mit mäßiger Wadenmuskelatrophie. Dabei indolentes Wesen ohne hysterische Stigmata. Henneberg spricht übrigens dem Mangel an

gutem Willen eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen der Reflexstörung zu. — Löwenstein: Distale Verletzung der Nn. peronei superficialis und profundi durch Fußschrapnellverletzung mit völligem Fehlen aller Fuß- und Zehenbewegungen (bis auf geringe Bewegung der großen Zehe).

Die Schmerzen nach Nervenschußverletzungen, die Oppenheim vor allem im Sinne seiner Erschütterungstheorie verwertet, erklärt Schlössmann auf Grund der operativ in zahlreichen schweren Fällen festgestellten anatomischen Befunde als neuritische. Henneberg erwähnt Fälle, bei denen die anscheinend durch einen neuritischen Prozeß verursachten Schmerzen nach Schußverletzungen psychogen verstärkt und fixiert wurden.

Oedème bleue der Hand und Finger mit Temperaturminderung und starkem Schweiß bei gleichseitiger Lähmung und gliedförmig absetzender Sensibilitätsstörung sah Riese nach Granatexplosion akut auftreten bei einem Soldaten ohne psychopathische und psychogene Züge im Vorleben (bis auf unaufgeklärte Anfälle in der Kindheit). Wohl gleichfalls ins Psychogeniegebiet fallende Krampferscheinungen führt Hildebrandt an: Neurose mit minutenlangem Verharren auf der Höhe der krampfhaften Inspiration mit allen Zeichen der Angst; Crampusneurose, bei der der Versuch, den Patienten zu baden, einen Krampf mit krampfhaften Schluß des Mundes und infolge Anlegen der Nasenflügel völlig geschlossenen Nasenlöchern auslöste; — Krämpfe mit Benommenheit und über 42° steigender Temperatur unter zuweilen völlig stehender Atmung und ruhigem Puls bei Patientem von hysterischem Charakter, der bereits früher einen leichten Hitzschlag erlitten und wegen nervöser Beschwerden vom Militär entlassen war.

Ein eigenartiges im wesentlichen wohl auch psychogen zu deutendes Krankheitsbild, eine Art respiratorische Neurose, beobachtete Dinkler am Anfang des Feldzugs und nur in diesem bei Feldzugsteilnehmern: Starke Dyspnöe bei dauernder Inspirationsstellung und oberflächlicher Atmung mit Kollapserscheinungen. Diese als schwere Pneumonien oder als Moribunde eingelieferten Fälle waren nach 1—2 Tagen glatt abgelaufen. Zur Erklärung zieht Dinkler die starke seelische Erregung sowie die Überanstrengung der Atemmuskeln bei den ungeübten, durch den Tornister beschwerten und durch große Marschleistungen bei schwerer Hitze ermüdeten Soldaten heran, die einen eigentümlichen Krampfzustand in den übermüdeten resp. überreizten Gebieten des Nervensystems hervorriefen. Gleichzeitig weist er auf die Abhängigkeit des nervösen Zustandsbildes von den schädigenden auslösenden Einflüssen während der verschiedenen Feldzugsphasen hin.

Schließlich sei noch eine, freilich eine Zivilperson treffende recht wertvolle Kriegsbeobachtung Bunnemanns angeführt, die zeigt, daß auch scheinbar einwandfreie neurasthenische Symptome (abnorm leichte Ermüdbarkeit) durchaus psychogener Natur sein können. Eine junge, bisher körperlich ungemein leistungsfähige und unermüdliche Dame hatte nach dem Tode ihres im Felde gefallenen, ihr sehr nahestehenden

Bruders in der Garnison seine Sachen geordnet und war abends infolge der vielen Scherereien furchtbar müde gewesen. Dieses Müdigkeitsgefühl ist seitdem auf die kleinste Leistung hin immer wieder aufgetreten, so daß schon ein Weg von einer Viertelstunde sie todmüde macht, und hat ihre Lebensfreudigkeit immer mehr herabgedrückt. Aufklärung und Belehrung brachten schnelle Besserung. Dasselbe wie dieser Fall lehren m. E. auch sonstige Kriegsbeobachtungen zur Genüge, nämlich daß nicht so sehr die symptomatologischen Erscheinungen als vielmehr ihr Entstehungsmechanismus für die Diagnose Neurasthenie oder Hysterie entscheidend sind. Bunnemann erkennt übrigens auch psychogene Temperatursteigerungen, psychogene Crampi u. dgl. an.

Bezüglich der psychischen Folgen der seelisch wirksamen Kriegstraumen sei zunächst erwähnt, daß Wittermann als normalpsychologische Wirkung der Beschießung eine Art Erschöpfungszustand beschreibt (im Gegensatz zu anderen Autoren, die im wesentlichen mehr eine den schreckneurotischen Erscheinungen nahestehende Affektreaktion schildern.) Der Normale reagiere darauf meist mit einem Gefühl ungeheurer Ermüdung und starkem Schlafbedürfnis, das in einen tiefen und traumlosen Schlaf fallen lasse. Dabei habe man, solange der unsichere Zustand, die Möglichkeit erneuter Beschießung bestehe, noch ein Gefühl der Spannung und gereizte Stimmung. Noch ein weiteres bisher nicht erwähntes Zustandsbild, eine schwere Alteration des Gefühlslebens wurde von Wittermann als psychische Granatfeuerwirkung hauptsächlich bei wenig widerstandsfähigen durch große Strapazen leicht nervös Geschädigten beobachtet: ein Zustand ganz „natürlicher“ Heiterkeit mit Ideenflucht, mit einer der Situation gar nicht angepaßten Euphorie, der nicht als äußerste Tapferkeit, sondern als akuteste Manie zu deuten sei. Diese akuteste Affektstörung gehe oft nach wenigen Stunden zurück, wenn Schlafmöglichkeit gegeben sei. Außer diesen Störungen sah Wittermann dann noch Stupor-, Depressions- und halluzinatorische Erregungszustände.

Mann führt als Erscheinungen der von ihm beobachteten Granatexplosionspsychosen Bewußtseinstrübung, Verwirrtheit, Wechsel von heftigen Angstzuständen mit großer motorischer Unruhe und halluzinösen und illusionären Umdeutungen mit stuporartiger Apathie an. Bei Abklingen des Zustandes bestand durchweg lebhaft betonter Erinnerungsaffekt. Auch Vorbeireden und ungrammatikalisch infantiles Sprechen wurde beobachtet.

Wollenberg erwähnt bezüglich des Vorgangs der Granaterschütterung, meist werde von Bewußtlosigkeit berichtet, zuweilen auch von Zuständen dämmerhafter Bewußtseinstrübung und psychischer Hemmung, in einigen Fällen auch von plötzlichen raptusartigen, unzweckmäßigen Handlungen (Zustände, die also halbwegs an die anderwärts beobachteten unmittelbaren psychischen Reaktionen auf katastrophale Ereignisse erinnern. Ref.).

Westphal hebt eine bei seinen Fällen von hysterischer Stummheit beobachtete psychomotorische Hemmung und Verlangsamung

des Gedankengangs hervor, von denen die erstere sogar an katatonischen Stupor erinnere. Hildebrandt beobachtete bei den mit traumatischen Neurosen verbundenen psychotischen Störungen anfangs mehrfach eine so bizarre Haltung, daß auch der Verdacht der Katatonie nahe lag.

Eine umfassendere Darstellung der Granatexplosions- und Minenverschüttungspsychosen, und zwar bei Individuen ohne nachgewiesene nervöse Disposition gibt wiederum Schmidt. Den Hocheschen Anschauungen folgend, erkennt er dabei eine dem Granatkaliber direkt proportional gehende Stufenleiter der pathologischen Geschoß- und Sprengwirkungen an, deren Maximum bei der Minenexplosion erreicht wird, und glaubt, daß dieser quantitativen Verschiedenheit der ätiologischen Noxen im großen ganzen auch die Reaktionsweise entspreche: Die Granatexplosion werde mehr mit körperlichen hysterischen Störungen beantwortet, während der Minenexplosion die seelische Störung als eigentliche Domäne vorbehalten sei. Diese auf den ersten Blick ja etwas bestechende Anschauung erscheint mir doch nicht ganz bedenkenfrei. Sollte es wirklich, wenigstens soweit psychogene Folgeerscheinungen in Betracht kommen, in der Hauptsache von der Explosivkraft des Geschosses abhängen, ob sich daran eine auf körperlichem oder seelischem Gebiete liegende pathologische Affektreaktion anschließt? Sollten es hier nicht vielmehr, ähnlich wie für die Art, die Ausgestaltung und Lokalisation der vielgestaltigen körperlichen Funktionsstörungen, von Einflüssen ganz andrer Art abhängen, ob die psychogene Funktionsbeeinträchtigung sich mehr im körperlichen oder im psychischen Funktionsgebiet geltend macht? Wird sich nicht je nach den verschiedensten Zufälligkeiten, der leichten Umsetzbarkeit ins Pathologische, den naheliegenden Wunsch- und Zwecktendenzen der Person die Flucht in die Krankheit das eine Mal eher in körperlichem, das andre Mal in seelischem Zusammenbruch realisieren? Und schließlich ist es überhaupt angängig, eine Gradabstufung der funktionellen Hirnstörungen in der Weise vorzunehmen, daß die psychischen in jedem Falle als die schwereren, die somatisch-nervösen als die leichteren zu gelten haben?

Was nun die beobachteten Erkrankungen selbst angeht, so schätzt Schmidt ihre Zahl entsprechend Stierlins Erfahrungen über die geringe Zahl der bei Katastrophen psychotisch Erkrankten nur gering. Von den überhaupt seelisch und funktionell Geschädigten, die an sich schon einen kleinen Prozentsatz der überhaupt Betroffenen darstellten, machten die ausgesprochen psychisch Erkrankten etwa 5% aus. Die 4 von Schmidt beschriebenen Fälle, die in gleicher Weise durch Minensprengung mit Verschüttung erkrankt waren, wiesen zunächst keine Erscheinungen einer Hirnschädigung, weder Hirndruck noch Herderscheinungen auf. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand bei ihnen eine Merkfähigkeitsstörung, die in allen Fällen zu einer länger oder kürzer dauernden Desorientiertheit führte. So kam es in dem einen Fall in der ersten Zeit überhaupt nicht zu einer Verarbeitung und Registrierung von Sinneseindrücken. Neben dieser Auffassungserschwerung und Merkstörung fand sich auch eine schwere Reproduktionsstörung, so daß selbst die einschneidendsten Daten des früheren Lebens nicht wiedergegeben werden konnten. Doch glich sich

diese Gedächtnisstörung bei der allmählich eintretenden Besserung zuerst aus, während die Merkfähigkeitsstörung in keinem Fall bei der Entlassung völlig behoben war. In allen Fällen bestand eine gleichsam lochartig aus dem Bewußtsein ausgestanzte Lücke für die Zeit des Shokerlebnisses und die daranffolgende Zeit. Retrograde Amnesie ließ sich nur in einem Falle mit Sicherheit nachweisen und erstreckte sich nur auf einen Tag. Eine weitgehendere konnte auch bei den anderen drei ausgeschlossen werden, eine Feststellung, die nach Schmidt gegen die toxische Mitwirkung von CO-Gasen bei den Minenverschüttungen spricht, da sich die CO-Vergiftung durch besonders weitgehende retrograde Amnesie auszeichne. In einem Fall schien der Kranke unter dem Einfluß halluzinatorischer Erlebnisse zu stehen. Die Stimmungslage war durchweg eine ängstlich-depressive — teilweise mit motorischen Erregungen einhergehend und zeitweise mit stuporösen Zuständen abwechselnd, im Gegensatz zu dem von Stierlin beobachteten Vorwiegen einer gehobenen euphorischen Stimmung. Körperlich war bis auf vasomotorische Erscheinungen kein neurologischer Befund zu erheben, doch konnte Fehlen der Psychoreflexe, der Pupillenunruhe und der Erweiterung auf sensible Reize wiederholt festgestellt werden. Schmidt lehnt irgendeinen Zusammenhang dieses Befundes mit Dementia praecox ab und setzt ihn in Beziehung zu der mydriatischen Erweiterung und Starre der Pupille bei Angstzuständen. Im Verlauf war übereinstimmend eine auffallend rasche Besserung festzustellen, wenn auch eine völlige Restitutio ad integrum bis zur Entlassung fehlte. Immerhin glaubt Schmidt die Prognose nicht allzu günstig stellen zu dürfen, da fast alle noch, trotz rascher Rückbildung der alarmierenden psychischen Symptome, eine Reihe von neurasthenischen Beschwerden wie Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit sowie leichte Stimmungsanomalien aufwiesen.

In der Auffassung dieser sich, wie gesagt, speziell an Minenverschüttungen und schwerkalibrige Granatexplosionen anschließenden psychischen Störungen neigt Schmidt mehr einer mechanischen Betrachtungsweise zu. Er betont die Ähnlichkeit dieser Zustandsbilder mit dem Korsakoffschen Symptomenkomplex und der Presbyophrenie, wobei er das Fehlen der konfabulatorischen Gedächtnislückenfüllung aus der Bewußtseinstrübung erklärt, die den Kranken ihre Insuffizienz nicht so recht zum Bewußtsein kommen ließ. Die Übereinstimmung mit der akuten Kommotionspsychose erscheint ihm sehr weitgehend. Die gegenüber diesen Fällen vielleicht noch gesteigerte Merkfähigkeitsstörung erklärt er daraus, daß das einwirkende Trauma eine in Friedenszeiten kaum erreichbare Intensität besitze. Neben diesen mechanischen Einflüssen erkennt Schmidt aber auch noch psychische Mechanismen an und macht für die im Gegensatz zu der euphorischen Stimmung der Kommotionspsychosen stehende depressiv-ängstliche Stimmung dieser Minenverschüttungspsychosen den das ganze Bild beherrschenden Angstaffekt verantwortlich.

Die psychischen Störungen speziell im Anschluß an Granatexplosionen — die übrigens an Zahl weit hinter den mit körperlichen hysterischen Zeichen zurücktraten, boten im wesentlichen ein ähnliches Bild: Ängstliche

Erregung resp. stuporös negativistisches Verhalten mit Merkfähigkeitsstörung und einer kompletten Amnesie für die Zeit des Shockerlebnisses und die darauffolgenden Stunden. Daneben zeigten diese Fälle durch Tremor, Abasien und Sprachstörungen auch noch ihre Tendenz nach der körperlichen Sphäre. Da Schmidt in diesen Granatexplosionspsychosen im wesentlichen eine Rekapitulation der nach den Minenverschüttungen beobachteten psychischen Störungen sieht, die sich nur durch das quantitativ geringere Ausmaß von jenen unterscheiden, so darf man wohl annehmen, daß er, im Gegensatz zu anderen Autoren (Gaupp usw.) und auch im Gegensatz zu seinem eigenen Standpunkt gegenüber den begleitenden oder vorherrschendenkörperlichen Störungen auch hier eine mechanische Verursachung als das Wesentliche erkennt.

Die Einzelkasuistik der psychogenen seelischen Störungen bringt nichts wesentlich Neuartiges. Bei der Dürftigkeit des bisher noch vorliegenden Materials erscheint es aber angebracht, vorläufig noch nach Möglichkeit jeden Einzelfall zu buchen. — Fall von Mann: Dämmerzustand infolge der seelischen Erschütterung durch Beteiligung an der Herrichtung und Füllung von Massengräbern. Für den Anlaß bestand nachträgliche Amnesie. In dem mehrere Wochen anhaltenden Zustand reagierte Patient kaum auf äußere Eindrücke und sprach zeitweise vor sich hin: „Es stinkt“ — „laßt mich in Ruh“ u. dgl. Bei dem allmählichen Zurückgehen des Dämmerzustandes genügte es, von dem Kriegserlebnis zu sprechen, um bei dem Kranken — im Laufe der Zeit immer schwächer werdende — Gemütsreaktionen oder erneutes Versinken in den Zustand herbeizuführen. Besonders die Geruchserinnerung war für ihn quälend. Eine Aphonie hielt auch nach Abklingen des Dämmerzustandes noch längere Zeit an. Alkohol spielte anamnestisch zweifellos eine Rolle.

Fall von Steiner: Psychogener Depressionszustand bei 52jährigem Kriegsfreiwilligen, der unbelastet und bisher gesund, nur seit einer Granatexplosion an schlechterem Schlaf litt. Er mußte zusehen, wie ein junger Freiwilliger an einem Bache von einem Volltreffer getötet wurde, nachdem er ihn selbst nach der betreffenden Stelle hingewiesen hatte. Er geriet in starke Erregung mit Zittern, konnte in der Folgezeit nicht essen und schlafen, machte sich Selbstvorwürfe und hatte Selbstmordgedanken. Den Getöteten stellte er sich in idealisierter Weise vor. Die Versetzung in eine andere Umgebung war von günstiger Wirkung.

Vorwiegend Zwangserscheinungen bot ein Steinerscher Fall: Ein stark hereditär belasteter, schon im Frieden nervöser Unteroffizier, der zu Beginn der Mobilmachung vorübergehend funktionelle Aphonie bekam, konnte im Felde seine Mannschaft nicht auf den Feind schießen lassen infolge der zwangsmäßig auftretenden und ihn sehr bedrückenden Gegenvorstellung, daß die feindlichen Männer Frauen und Kinder hätten. Außerdem hatte er dauernd Blutgeschmack im Munde und Leichengeruch in der Nase, war im übrigen weinerlicher Stimmung, sehr schreckhaft und bot körperlich neurasthenische Symptome. Alle die genannten Erscheinungen verschlimmerten sich abends sowie bei Eindrücken, die mit Verwundeten zusammenhingen.

Bei einem von Wittermann beobachteten Fall trat infolge Entsetzens über das unrasierte Gesicht eines gefallenen Kameraden die Furcht auf, auch er könne, wenn er nicht rasiert sei, von der Kugel ereilt werden, und er rasierte sich seitdem nahezu täglich zweimal. Nach Wittermann soll übrigens auch der Wunsch nach dem Eisernen Kreuz oft den Charakter einer Obsession annehmen. —

Was über die Weitergestaltung und den Verlauf dieser psychisch bedingten Störungen in gegenwärtiger Berichtszeit angeführt wird, bietet nichts, was über die bereits genugsam bekannte psychische Beeinflussung durch die eigene Gefühls- und Gedankenwelt wie durch psychisch wirksame Milieufaktoren aller Art hinausführte. Weintraud betont speziell die Bedeutung unvorsichtiger und unzutreffender ärztlicher Äußerungen und Verordnungen bei der Entstehung und Fixierung psychogener Erscheinungen und illegitimer Beschwerden. Wollenberg weist auf die Gefahren einer gegenseitigen ungünstigen Beeinflussung bei Zentralisierung einer größeren Anzahl von Nervenkranken hin, Lewandowsky umgekehrt auf die manchmal überraschend schnelle Heilung solcher Patienten, wenn sie auf Verwundeten- statt auf Nervenabteilungen liegen (weshalb er Isolierlazarette in militärischen Erholungsstätten empfiehlt), und Beyer spricht speziell der Ausmusterung und Entlassung in die Heimat eine ungünstige leicht zu Rezidiven führende Wirkung zu.

Auf den ungewöhnlich günstigen Einfluß einer systematisch und ausschließlich verwendeten Hypnose weist Nonne nochmals hin. Von 63 annähernd in einem Jahre behandelten Fällen von grande hysterie wurden 51 geheilt, darunter 28 durch Schnellheilung, die sich nur bei akut entstandenen hysterischen Symptomenkomplexen wirksam erwies, 23 allmählich, und zwar bei langsam entstandenen hysterischen Zuständen. Durch Wachsuggestion wurden nur 5 geheilt. In 3 Fällen erfolgte die Heilung mehrere Stunden resp. einen Tag nach der hypnotischen Suggestion. Ungeheilt blieben 12 Fälle, davon waren 10 refraktär gegen die Hypnose. Zur Behandlung waren die verschiedensten hysterischen Erscheinungen herangezogen. Auch der mit Recht als besonders hartnäckig geltende allgemeine Schütteltremor konnte auf diesem Wege geheilt werden. Die Prognose der Behandlung war weder von neuropathischer Behaftung noch von der Dauer des Bestehens der Hysterie abhängig. So wurden ebenso Fälle von 2—3 Monaten wie 12 und 13 Monaten mit Schnellheilung geheilt. In mehreren Fällen war das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren bereits eingeleitet und Rente schon festgesetzt. Begehrungsvorstellungen der verschiedensten Art wirkten als Ursache für refraktäres Verhalten. Rezidive kommen nach Nonne natürlich in überwertig wirkenden schädlichen Verhältnissen vor, brauchen es aber nicht im normalen Feld- und Garnisondienst. Die Vorteile der Hypnose bei diesen Kriegshysterien sieht Nonne in der Häufigkeit und Schnelligkeit der Heilung (manche Fälle waren vorher monatelang erfolglos in Lazarettbehandlung), sowie in der Möglichkeit, differentialdiagnostisch Funktionelles oder Organisches in zweifelhaften Fällen zu sichern und schließlich in der durch die Möglichkeit der Schnellheilung bedingten veränderten Beurteilung der Dienstfähigkeit und Bewertung

der Rente. Als Ergebnis dieser Erfahrungen bezeichnet Nonne daher die Behandlung der Kriegshysterie mit Suggestion in Hypnose als geradezu spezifisch, zweckmäßig und empfehlenswert.

Einen zahlenmäßigen Überblick über die hier in Betracht kommenden Fälle gibt schließlich noch Meyer. Unter 1126 Soldatenaufnahmen des ersten Kriegsjahres fanden sich 148 Psychogenie-Fälle (akute meist in Art und zeitlich umgrenzte psychische und nervöse Störungen), davon waren 67 erst im Kriege aufgetreten, 81 hatten schon im Frieden an solchen Störungen gelitten. Eine Disposition bestand bei den vor dem Kriege Erkrankten in mehr als der Hälfte, bei den Kriegspsychogenien in weniger als einem Viertel der Fälle. Bei den schon früher Erkrankten waren im Gegensatz zu den im Kriege Erkrankten Anfälle häufiger als Lähmungen. Dämmerzustände waren zahlreich bei den Kriegspsychogenien, aber seltner als bei denen des Friedens, was Meyer auf das Überwiegen forensischer Momente bei letzteren zurückführt.

Speziell von traumatischen Neurosen, die Meyer selbständig heraushebt und deren Gebiet er anscheinend ziemlich weit faßt, sah er 76 Fälle (6,8%). Davon waren 47 vor dem Kriege entstanden und nur bei 5 von diesen war eine Steigerung durch den Krieg anzunehmen. Bei einem sehr großen Teil waren die Unfälle sehr schwer gewesen und hatten speziell den Kopf betroffen. 29 Fälle waren erst im Krieg entstanden und zwar 17 nach Kopf-, 5 nach andern Verletzungen, 11 nach Unfällen im Kriege. Dieses von Meyer selbst bei Kriegs- wie Friedensfällen hervorgehobene Übergewicht der Kopfverletzungen bei traumatischen Neurosen erscheint mir gegenüber anderweitigen Feststellungen besonders bemerkenswert.

Bezüglich der determinierenden Faktoren für das psychogen psychotische resp. neurotische Symptomenbild, für Art, Ausgestaltung, Richtung, Angriffspunkt usw. der Symptome finden sich auch diesmal wieder verschiedene Hinweise und Beobachtungen. Speziell sprechen mancherlei Fälle für die schon im letzten Bericht als allgemeines Ergebnis herausgehobene pathologische Fixierung der, sei es wesentlichen sei es zufälligen, körperlichen oder seelischen Bestandteile resp. Begleiterscheinungen des Shockerlebnisses. Mann erwähnt einen Fall, der im Moment des Einschlagens der Granate in Abwehrstellung den Arm vor den Kopf gehalten und sich nach vorn gebeugt hatte und bei dem nun diese Abwehrbewegung sich so sehr mit der Erinnerung an das Erlebnis verknüpfte, daß er sie ähnlich 15—20 mal hintereinander zu wiederholen anfing, wenn man von seinem Erlebnis sprach. Auch Haltungsanomalien kommen in dieser Hinsicht in Betracht, wie beispielsweise in einem der Gauppschen Fälle die gekrümmte Körperhaltung die Festlegung einer während des Granatschrecks innegehabten hockenden Stellung darstellt. Ähnlich gibt auch die Zwangsbefürchtung im Falle von Wittermann den fixierten Niederschlag eines inhaltlich entsprechenden affektbetonten Erlebnisses im Vorstellungsleben wieder u. ä. m. Wollenberg spricht direkt von einer durch den Schreck erfolgten Festnagelung der dem aufregenden Ereignis unmittelbar vorhergehenden Bewegungen und Stellungen. Gaupp hebt spe-

ziell die Fixation von solchen Haltungen hervor, die ursprünglich durch Schmerzen verursacht waren. — Von sonstigen symptomendeterminierenden Faktoren nennt Aschaffenburg die Übertragung von einem Organ aufs andre, Gaupp gewisse bereitliegende infantile Abwehrmechanismen, wie sie in den häufigen hysterischen Anfällen ausgelöst werden und wohl auch in gewissen Bildern psychogener Dämmerzustände zum Ausdruck kommen, so in einem Falle, wo die anfängliche ängstliche Färbung in läppisch-kindisches Verhalten mit agrammatischer Kindersprache überging. Als Leitmotiv für die motorischen Symptomenbilder erscheint ihm im allgemeinen die augenfällige Hilflosigkeit und völlige Dienstunfähigkeit des Kranken wirksam. Auch Bonhöffers Hinweis auf die leichte Darstellbarkeit eines Symptoms läßt sich wohl hier als bestimmendes Moment für die Symptomenauswahl heranziehen, ein Faktor, der vielleicht noch allgemeiner und ohne Betonung der bewußten Gestaltung gefaßt werden kann und dann etwa als leichte Umsetzbarkeit ins Pathologische im Psychogeniegebiet in Betracht kommt.

Gerade diese Kriegsbeobachtungen geben also, wie man sieht, gute Gelegenheit zu erkennen, wie die pathogenen psychischen Kräfte, wie die psychogene Krankheitstendenz oder — um es noch psychologischer und wenigstens für einen Teil der Fälle zutreffend auszudrücken — wie die Flucht in die Krankheit, die selbst nach Mohr eine in der Kindheit erworbene Form der Unlustabwehr bedeutet, die verschiedensten psychischen oder somatischen Momente aufgreifen, um sie für die pathologische Symptomenbildung zu verwerten. Bald sind es funktionelle oder organische angeborne oder erworbne Dispositionen, Functiones minoris resistentiae, normale oder abnorme präformierte Mechanismen, physiologisch oder pathologisch gebahnte Wege, die hierbei benutzt werden, bald sind es durch Fremd- oder Selbstbeobachtung gegebene psychische Eindrücke (insbesondere auch solche von Krankheitserscheinungen und -empfindungen), durch Aufmerksamkeit, Interesse, Erwartungen, Wünsche, Befürchtungen usw. nahegelegte und bereitgestellte Äußerungsweisen und Ausdrucksformen, die bei der Auswahl und Ausgestaltung des psychogenen Bildes Verwendung finden. Daß es dann manchmal nur von solchen außerhalb der eigentlichen Krankheitsursache gelegenen Zufälligkeiten des körperlichen oder seelischen Lebens abhängt, ob sich die pathologische Affektreaktion nun in rein neurotische oder rein psychotische Krankheitsbilder umsetzt, wurde schon vorher angedeutet. Im übrigen wird man Wollenberg zugeben müssen, daß die starke seelische Erregung sich für ihre Entladung ins Körperliche dabei auch neue ungebahnte Wege eröffnen kann.

An sich ist ja die Frage der Symptomendeterminierung nur von beschränktem klinischem Wert. Sie geht ja nicht sowohl dem Wesen der klinischen Typen als der Gestaltung ihrer symptomatomatologischen Bestandteile nach. Immerhin scheint mir, wäre eine systematische Bearbeitung dieser Zusammenhänge, wäre eine vertiefte Klarlegung der Beziehungen zwischen jenen außerhalb der Eigenart der Erkrankung gelegenen Momenten und der besonderen Erscheinungsform der Krankheitsmerkmale doch von Bedeutung. Einmal, weil dadurch in viel weiterem Umfange

als bisher ein Verständnis für die verschiedensten Einzeläußerungen der psychisch-nervösen Erkrankungen gewonnen wird, und zwar auch für solche, die bisher als unverrückbar feststehende, weil in dem Wesen der betreffenden Kranheitsform selbst begründete galten, sodann aber und vor allem, weil eine volle Aufklärung des Weges, auf dem diese wirksamen äußeren Einflüsse zur Bildung dieser pathologischen Einzelformen führen, auch die Erkenntnis des Krankheitsmechanismus und damit des Wesens der Erkrankung fördert.

In die Frage des Mitsprechens oder Fehlens von Begehrungsvorstellungen bei der Entstehung dieser psychogenen Störungen sind eigentlich keine so neuartigen Gesichtspunkte hineingetragen worden, daß sie zu einer Änderung des im vorigen Bericht angedeuteten Ergebnisses Anlaß gäben. Auf der einen Seite der Hinweis auf das unmittelbare Auftreten unfallneurotischer Erscheinungen nach dem Granatshock (Rohde), auf die schwer vorzustellende Annahme, daß in einem Augenblicke der vollen Beherrschung des Denkens durch das übermächtige Gefühl der Lebensvernichtung Begehrungsvorstellungen wirksam sein könnten (Wollenberg), auf die anfängliche Bewußtlosigkeit, die überhaupt die Person psychischen Einflüssen entziehe (Meyer), — auf der anderen die Betonung, daß mehr oder minder bewußte Wünsche, aus der unangenehmen Situation herauszukommen bei den Kämpfenden gewöhnlich schon bereit liegen (Hauptmann, auch Wittermann u. a.), dabei genügend Zeit zur Entwicklung von Begehrungsvorstellungen vorhanden sei, weil selten auf den ersten Schuß derartige Verwundungen entstünden (Wittermann), daß mindestens in der Hälfte der Fälle von Granatexplosionsneurosen sich die Störungen erst Stunden, Tage und noch länger nach dem Vorfall ausbildeten (Hauptmann). Nach Hauptmann können die meisten noch allein nach dem Unterstand oder gar noch weiter bis zu einem Verbandplatz gehen, und erst dort stellten sich die Störungen ein oder gar erst, wenn sie wieder zurück in die Stellung wollten oder wenn sie in der Klinik nach Schwinden der leichten Bewußtseinstrübung die gefahrvolle Situation in der Erinnerung neu erlebten.

Schmidt bringt speziell das große Entgegenkommen all dieser Kranken bezüglich der Garnison- und Arbeitsverwendung mit dem Wunsche, nicht mehr durch erneute Kriegsverwendung in eine derartige Lage wie die erlebte zu kommen in Zusammenhang und Lewandowsky endlich erschließt eine besondere Stärke des Wunschfaktors daraus, daß hysterische Symptome bei solchen Veränderungen, die die Kriegsverwendungsfähigkeit mit Sicherheit ausschlössen, zu den allergrößten Seltenheiten gehörten, so daß er gegenüber Hunderten von solchen funktionellen Erkrankungen bei leichteren Verletzungen und meist ohne Verletzungen nur vier bei Verwundungen der bezeichneten Schwere sah.

Wie verschieden übrigens die psychische Situation hinsichtlich der mitsprechenden Wunscheinflüsse bei diesen traumatischen Kriegs- wie Friedensneurosen bewertet wird, beweist eine Gegenüberstellung der Auffassung von Hauptmann und Weygandt. Jener meint, daß solche Wünsche bei den Kämpfenden weit zugänglicher parat liegen dürften als

bei den Traumatikern im Frieden, da diese im Gegensatz zu ersteren psychisch ja gar nicht auf den nahenden Unfall eingestellt seien. Dieser erklärt umgekehrt, daß die Kriegsverletzten, weil aus einem wechselvollen voll patriotischer Begeisterung getragenen Tatenleben herausgerissen und unter dem suggestiven Einfluß des Bewußtseins der Zugehörigkeit zum Heere und der inneren Fühlung zu Vorgesetzten und Kameraden stehend, zunächst keinen Raum für Begehrungsvorstellungen böten, während die Unfallverletzten des Friedens, aus dem beruflichen Einerlei in die Krankheitsumgebung versetzt, der Unfallentschädigungsfrage mit zunehmender Befreiung von den somatischen Unfallschädigungen einen immer größeren Raum einräumten. Aus diesem Grunde wird auch für Weygandt die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen bei den traumatischen Neurosen der Unfallversicherten noch nicht durch Beobachtungen abgeschwächt, die ihr Fehlen bei diesen Kriegsneurosen ergeben.[1])

Schließlich erfahren die Begehrungsvorstellungen bei den traumatischen Kriegsneurosen durch mancherlei Hinweise noch eine gewisse moralische Korrektur, wodurch anscheinend für manche die Anerkennung ihres Bestehens bei unsern Soldaten erleichtert wird. Wittermann spricht harmlos von einem „Urlaubsschüßle", Hauptmann kennzeichnet die Begehrungen in dieser Situation als Wunsch des in stundenlangem Trommelfeuer Liegenden nach der Ruhe, der eine durchaus normale Reaktion des gesunden Menschen bedeute, und Mohr charakterisiert das Movens bei dieser Flucht in die Krankheit als eine unbewußte und gerade deshalb nicht beherrschbare triebartige Regung, eine instinktive häufig genug nur unter starkem Druck sich durchsetzende Abwehrreaktion der stark unlustbetonten Vorstellungen.

Im übrigen finden sich — abgesehen von dem Nachweis psychisch wirksamer Wunschtendenzen[2]) vielfache der Begründung der psychogenen Natur dieser Störungen im allgemeinen dienende Feststellungen. Dabei ist es

---

[1]) Hildebrandt, der gleichfalls den Begehrungsvorstellungen bei den traumatischen Kriegsneurosen keinen großen Raum einräumt, bringt sie im übrigen (zugleich mit der Simulation) in so engen Zusammenhang mit der traumatischen Neurose, daß er sogar einen charakteristischen Verlauf in drei Phasen aufstellt: Die echte unbewußt entstandene Störung könne später durch Begehrungsvorstellungen am Leben erhalten werden, bis endlich die in der Krankheit erlernten Symptome simulatorisch wiederholt werden. Wenn er dabei den gleichen Verlauf bei der Haftpsychose als den wohl gewöhnlichen erklärt, so vermag ich ihm auf Grund ausreichender Erfahrungen hierin nicht beizupflichten, so sehr ich auch einen aus einem Simulationsbestreben autosuggestiv entwickelten psychogen-psychotischen Zustand speziell bei Untersuchungsgefangenen anerkenne. Auch die gleichfalls von Hildebrandt vertretene Auffassung, daß von der Hirnerschütterung bis zur reinen Simulation eine lange (doch wohl ununterbrochene) Stufenreihe existiere, dürfte nicht allgemein geteilt werden.

[2]) Engelen und Rangette (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 18, 20, 21) erwarten viel vom Assoziationsexperiment bezüglich des Nachweises von Rentenbegehrungen und sonstigen psychisch wirksamen Momenten bei diesen Unfallverletzten. Die von ihnen gewählten kritischen Reizworte wie „Krieg", „mobil", „Artillerie", „Bombe", „Granate" usw. stoßen doch wohl — um nur das Allernaheliegendste hervorzuheben — zu grob auf den „Kriegskomplex" hin, um weitgehende Schlüsse aus den Reaktionen im Einzelfall zuzulassen.

speziell die allenthalben in diesen Fällen hervortretende Wirksamkeit psychischer Momente im Krankheitsbilde, die als besonders beweiskräftig gilt, wobei freilich immer hervorgehoben werden müßte — und von einzelnen Autoren (Schmidt u. a.) auch genügend anerkannt wird —, daß diese psychische Beeinflußbarkeit von Symptomen und Verlauf die organische Natur und Entstehung der Störung an sich noch nicht ausschließt. Schmidt sah psychogene Verstärkungen des Krankheitszustandes speziell bei feindlichen Fliegerbesuchen, so erhebliche Steigerung des Tremors, lebhafte Angstzustände mit Herzklopfen und weiten Pupillen, Hauptmann konnte diese psychische Abhängigkeit der Störung in markantester Weise in jedem Fall bei den verschiedensten Gelegenheiten beobachten, u. a. bei ärztlichen Visiten, bei fernem Geschützdonner und selbst bei Geräuschen der eigenen Flugzeuge, und er schreibt gegenteilige Erfahrungen und insbesondere den geringen Suggestionserfolg, den einzelne Autoren hervorheben, nicht der Eigenart der Störungen als der Persönlichkeit des Behandelnden und dessen Standpunkt zu dieser Methode zu[1]).

Aus der für die psychogene Natur dieser Störungen verwertbaren Kasuistik sei zunächst ein Mannscher Fall von Granatexplosionsneurose erwähnt, der anfangs im Feldlazarett noch sprechen konnte und erst nach einem Traumerlebnis, in welchem er das Ereignis wieder erlebte und auch von dem inzwischen bei anderen beobachteten Sprachverlust träumte, an mehrwöchentlichen Mutismus erkrankte, ein weiterer, der in verwirrtem Zustande eingeliefert, mit einem mutistischen Patienten zusammenlag und nach Ablauf des Verwirrtheitszustandes auf dem Wege der psychischen Infektion mutistisch wurde, wobei er in photographischtreuer Weise auch die Mitbewegungen dieser Patienten bei Sprechversuchen kopierte, ein dritter, der trotz seines Mutismus im Traume laut sprach. Bei einer von Hauptmann beobachteten traumatischen Neurose nach Minenverschüttung endlich trat unmittelbar nach einem Schreck durch kleinen Absturz bei einem Spaziergang eine deutliche Besserung des Zustandes ein.

Des weiteren wird für die psychogene Entstehung das Bestehen einer Latenzzeit zwischen traumatischen Vorgang resp. Erlebnis und der neurotischen Störung verwertet. Hauptmann spricht in diesem Sinne von einer psychogenen Verarbeitung des Schrecks, von einer unbewußten Weiterverarbeitung der emotionellen Momente. Wenn Schuster dabei schon ganz allgemein aus der Tatsache, daß hysterische Störungen sich längere Zeit nach dem Trauma mit, aber auch ohne Hinzutreten einer weiteren Noxe auf dem durch das Trauma erzeugten Boden erhöhter Vulnerabilität einstellten, auf das Vorwiegen der psychischen Genese schließt, so erscheint mir der Rückschluß als solcher zu weitgehend, mag er auch in seinem Ergebnis im wesentlichen richtig sein.

Semi Meyer verwertet die Kriegserfahrungen im Psychogeniegebiete

[1]) Morawczik, gleichfalls ein Vertreter der geringen Suggestibilität des unter dem Einfluß eines traumatischen oder psychischen Shocks Erkrankten, führt diese auf ein in dessen Person liegendes antisuggestiv wirkendes Moment: die trotz eines gewissen Pflichtbewußtseins wirksame Furcht vor einer Wiederholung des Zustandes bei neuerlicher Dienstleistung zurück.

zum Beweise dafür, daß die Hysterie im Erlebnis wurzele und nicht durch „Einreden“ und Suggestion entstünde. „Nicht an einer Suggestion, erklärt er, „leiden diese Krieger, die unter der Wucht des Verwundungserlebnisses oder unter der lähmenden Wirkung des Shocks die Herrschaft über ihre Glieder eingebüßt haben.“ Ganz gewiß hat Meyer mit dieser Heraushebung des affektiven Moments in seiner pathogenetischen Bedeutung für die psychotraumatischen Störungen recht. Nur braucht er, scheint mir, sich bei seinem „Ankämpfen gegen eingewurzelte Vorstellungen“ nicht grade gegen die deutsche Hysterieforschung zu wenden, die sich wohl im wesentlichen von einer Überschätzung des Suggestionsmomentes freigehalten hat. Im übrigen dürften aber gerade auch die Kriegserfahrungen beweisen, daß zur Erklärung der Eigenheiten hysterischer Störungen neben den Affektwirkungen sich Suggestiveinflüsse nicht in allen Fällen entbehren lassen und zudem vielfach unzertrennbar mit jenen verquickt sind.

Immerhin wird bei aller Anerkennung des psychogenen Faktors doch auch die Gegenseite, speziell bei den Granatexplosionsneurosen, nicht außer acht gelassen. Gaupp sieht mit Hoche die Schwierigkeit, hysterische Krankheitsbilder dieses Ursprungs psychogen zu deuten hauptsächlich in der häufig im Moment der Granatexplosion eintretenden Bewußtlosigkeit, die für eine psychische Wirkung keine Zeit gewähre, muß allerdings unsere unsichere Erkenntnis bezüglich der zeitlichen Verhältnisse (wegen der nachträglichen Amnesie) sowie bezüglich der Schnelligkeit des Ablaufs der seelischen Vorgänge in solchen Momenten anerkennen. Außerdem wird ebenso wie früher von den verschiedensten Autoren (Wollenberg, Aschaffenburg, Weil u. a.) wieder die Häufigkeit organischer Störungen und insbesondere kommotionellen Beiwerks (speziell am Gehörorgan) bei diesen traumatischen Kriegsneurosen betont.

So sah Aschaffenburg in Fällen mit unverkennbar psychogenen Symptomen nach Granatexplosion diese fast stets mit deutlichen organischen verbunden. Er weist deshalb eindringlich auf die Folgen des Übersehens der einen oder andern Komponente hin. Auch Brodmann glaubt das kommotionelle Moment stärker als gewöhnlich hervorheben zu müssen, da durch Fortschleudern, Fall oder den gewaltigen Gasdruck Erschütterungswirkungen mit organischen Läsionen innerer Organe (also auch im Gehirn und Rückenmark), trotz intakter Körperoberfläche vorkämen. Demgegenüber weist Hauptmann auf den Mißbrauch hin, der mit der Bezeichnung Commotio cerebri auch ärztlicherseits getrieben wird, indem die Berichte der Kranken, die meist von ihrem bewußtseinsgetrübten ohnmachtartigen Zustand als von einer Gehirnerschütterung sprächen, übernommen würden. Er erhofft von Liquoruntersuchungen — in 2 Fällen von Commotio konnte er sehr erhebliche Druckvermehrung nachweisen — ein Hilfsmittel zur Entscheidung darüber, ob eine echte postkommotionelle Neurose oder bloße Schreckneurose mit einfacher initialer Ohnmacht vorliege. —

Der Streit um die traumatische Neurose Oppenheims und ihre Deutung geht weiter[1]). Wenn dabei auf der einen Seite Oppenheim mit

[1]) Hildebrandt meint, man sollte den Begriff der traumatischen Neurose nicht wegdisputieren, da praktisch feststehe, daß eine Neurose durch einen Unfall

Recht vorgehalten werden kann, und auch vorgehalten wird, daß er den klinischen Begriff des Psychogenen immer wieder anders faßt als es von anderen Autoren nicht nur gemeint, sondern auch ausgesprochen wird[1]), so darf wohl auf der anderen Seite in aller Ruhe auch gesagt werden, daß die Schroffheit, mit der gelegentlich der Oppenheimsche Standpunkt abgelehnt wird, durchaus nicht immer im richtigen Verhältnis zu der Güte und Beweiskraft der beigebrachten Gegengründe steht. Es handelt sich doch bei Oppenheims Theorie im Grunde um einen Standpunkt, der anderen theoretischen Anschauungen auf nervenphysiologischem Gebiete (Goldscheider u. a.) nicht gar so fern steht. Halbwegs nähert sich, soweit ich übersehen kann, der Oppenheimschen Auffassung nur Schultze mit einer kurzen „Aussprache“bemerkung, in der er bezüglich dieser Erkrankungen, wenigstens zugibt, daß nach so schweren Einwirkungen auch noch neben sog. rein funktionellen Störungen noch feinere anatomische (mit Oppenheims molekularen identische? Ref.) Veränderungen in Frage kämen. Mohr nimmt auch eine solche Möglichkeit speziell für die Granatexplosionsneurosen in Anspruch und ähnlich gibt Schmidt eine mechanische Entstehungsmöglichkeit der Symptomenkomplexe neben der psychogenen zu, deren Wirkungsweise und prozentualer Anteil im klinischen Einzelfall noch abzugrenzen wäre. Daß Schmidt, speziell bei den psychischen Störungen nach Minenverschüttungen und schwerkalibrigen Granatexplosionen wegen der Ähnlichkeit mit der akuten Kommotionspsychose der mechanischen Betrachtungsweise zuneigt (die sich freilich wohl auch noch nicht mit der Oppenheimschen Erschütterungstheorie decken würde), bei den nervösen dagegen die psychogene bevorzugt, wurde schon früher hervorgehoben. Direkt den Oppenheimschen Entstehungsmodus hält Schmidt für möglich in zwei Fällen, wo nach Platzen der Schrapnelle in unmittelbarer Nähe unter grellem weißem Blitze, dessen sich beide auch noch erinnern, übereinstimmend ausgesprochen spastische Ptosis mit starker Lichtscheu auftrat. Hier scheint ihm die Annahme plausibel, daß der überstarke Impuls optischer Natur einen anatomisch fundierten Erregungszustand im Opticusgebiet geschaffen habe, der wenigstens vorübergehend die

---

bei einem Nervensystem hervorgerufen werden kann, das bei Durchschnittsbelastung nie erkrankt sein würde. Damit ist m. E. aber der Kernpunkt der Frage nicht getroffen oder wenigstens nicht erledigt. Nicht das Vorkommen traumatisch erzeugter Störungen (traumatischer Neurosen im allgemeinen) wird angezweifelt, sondern das einer traumatischen Störung selbständiger Art und spezifischen Wesens (einer traumatischen Neurose im engsten und eigentlichen Sinne).

[1]) Denkt man sich das Gebiet des Funktionellen als einen großen Kreis, so würde in diesem sowohl der Kreis des Hysterischen wie der des Psychogenen liegen, ohne ihn aber voll auszufüllen. Die beiden Kreise des Psychogenen und Hysterischen würden sich dabei durchaus nicht decken, sondern nur so schneiden, daß ihnen größere Gebiete gemeinsam wären. Ein weiterer Kreis — der des Ideogenen — endlich würde völlig in den Psychogeniekreis fallen, jedoch so, daß er nur einen Teil von ihm ausfüllt und gleichzeitig so, daß ein Teil von ihm wieder einen Teil des Hysteriegebiets schneidet und deckt. Während dabei der Kreis des Funktionellen, Psychogenen und Hysterischen im wesentlichen für klinische Krankheitsformen in Anspruch genommen werden kann, würde der Kreis des Ideogenen vorzugsweise — freilich nicht ausschließlich — nur für besondere Symptomenformen herangezogen werden können.

motorische Innervation im Sinne von Oppenheim beeinflußt hätte, doch möchte er auch hier eine psychogene Komponente, eine psychische Überlagerung nicht in Abrede stellen. Sollte hier die pathologische Schreckfixierung einer unwillkürlichen im Augenblick des affektvollen Ereignisses erfolgenden Abwehrbewegung für die Erklärung dieses Augenlidkrampfes nicht ausreichen? — Jedenfalls haben für Schmidt die bisherigen Kriegserfahrungen eine endgültige Entscheidung in Sachen der traumatischen Neurosen noch nicht gebracht. Jeder der Vertreter einer mechanischen wie psychogenen Entstehung hat, so meint er, in mancher Hinsicht recht.

Von den anderen Autoren wird der Oppenheimsche Standpunkt wohl ziemlich allgemein abgelehnt. Die Nonnesche — im vorigen Bericht ausführlich erörterte gegensätzliche Stellungnahme teilten auf der Jahresversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte vom Jahre 1915 u. a. Gaupp, Sänger und Wollenberg. Gänzlich ablehnend sowohl bezüglich einer Annäherung der traumatischen Neurose an die organischen Störungen wie gegenüber der selbständigen Heraushebung der Reflexlähmung der Akinesia amnestica[1]), Myoclonotonia trepidans (jenem gleichfalls neu aufgestellten Krankheitsbild, das sich im wesentlichen mit der spastischen Pseudoparese mit Tremor deckt) usw., verhält sich auch Lewandowsky. Er hält speziell dem Oppenheimschen Hinweis auf eine enorme Bevorzugung der linken Körperhälfte bei diesen Störungen, die auf der Unterwertigkeit und dadurch bedingten geringeren Widerstandsfähigkeit der rechten Hirnhemisphäre beruhe, die gleiche Bevorzugung dieser Seite bei der Hysterie entgegen und erklärt sie aus einem naheliegenden psychischen Moment, der größeren Unbequemlichkeit einer Lähmung der rechten Seite. Hildebrandt wendet sich gegen die Möglichkeit einer Erschütterung der Sinnesnerven durch Gehörsreize, vor allem aber durch den Anblick einer grauenhaften Katastrophe, und Hauptmann weist speziell darauf hin, daß die überstarke Erregung des Acusticus infolge Platzens der Granaten und die Weiterleitung des Reizes zum Gehirn beim Abfeuern des eigenen Geschützes keine nervösen Folgen habe. An das Auftreten der Störung bei Neueingestellten, das schon Cimbal hervorgehoben hatte, wird nochmals von Mohr erinnert, und schließlich und vor allem wird ihr Fehlen resp. die größere Seltenheit ihres Auftretens gerade bei Verletzten resp. unmittelbar nach erfolgter Verletzung und ihr Auftreten erst nach chirurgischer Heilung und erfolgter Erholung von den Kriegserschöpfungen als Gegenbeweis angeführt (Hauptmann, Seelert, Mohr und andere). Bei Mohr findet sich speziell noch die Beobachtung Göbels, daß traumatisch neurotische Symptome auch nach Trepanationen, bei denen sich doch oft recht heftige körperliche Erschütterungen des Gehirns nicht vermeiden ließen, fehlen. Bunnemann wendet sich gegen Oppenheims Auffassung auf Grund allgemeiner prinzipieller psychophysiologischer Betrachtungen — nach ihm beruht übrigens die Neurasthenie auf gesteigerter Subjektivität verschiedener untergeordneter

[1]) Deren Erklärung durch den Verlust der Erinnerungsbilder für die entsprechende Bewegung durchaus nicht unseren Anschauungen über hysterische Bewegungsstörungen widerspricht (Hauptmann).

Organfunktionen, die Hysterie umgekehrt auf gesteigerter Subjektivität übergeordneter neencephalischer — und es scheint mir noch nicht das Belangloseste in dieser Sache in dem Hinweis Schmidts zu liegen, daß die einheitliche Beantwortung der Frage, ob mechanisch oder psychisch verursacht, durch die individuell verschiedenen medizinischen Grundanschauungen erschwert werde.

Jedenfalls neigt sich die weitaus größere Mehrzahl der Autoren der psychogenen Auffassung zu und zwar so weitgehend, daß man schon eher geneigt sein möchte zu einer gewissen Vorsicht und Zurückhaltung in der Annahme einer psychogenen Störung zu gemahnen. Gerade die Kriegserfahrungen haben ja — und das ist vielleicht ihr wertvollstes Ergebnis — mit aller Deutlichkeit gezeigt, wie weitgehend psychische Momente nicht nur bei den einwandsfrei psychogenen Störungen, sondern darüber hinaus auch bei anders verursachten und gearteten und selbst bei solchen organischen Charakters wirksam sind und wie sie bei den verschiedensten Krankheitsformen Symptomeninhalt und Verlaufsgestaltung und sogar das Auftreten ganzer psychotisch-neurotischer Zustandsbilder von psychogener Färbung bestimmen. Und sie haben auf der andern Seite mit gleicher Deutlichkeit gelehrt, daß sich viele von den als zweifellos psychogen oder wenigstens als hysterisch angesehenen Fällen sich durchaus nicht immer nachweislich auf psychische Einwirkungen zurückführen resp. einfach aus ihnen erklären lassen, daß es vielmehr Fälle gibt, die darauf hinweisen, daß, wie Hoche es ausdrückt, der Entstehungspunkt der hysterischen Erscheinungen an der dem Bewußtsein entzogenen Stelle gesucht werden muß, an der die beiden untereinander nicht vergleichbaren Erscheinungsreihen des materiellen und psychischen Geschehens sich berühren, wobei die Störung ebenso wie von der psychischen Seite, so auch von der materiellen her in Gang gesetzt werden kann. Es ist ja auch nicht einzusehen, warum funktionelle Störungen von der Art der hier gekennzeichneten Gruppen nicht auch ohne Einfluß resp. Vermittlung psychischer Momente auftreten können, und es ist vor allem nicht einzusehen, warum man gezwungen sein soll, in Fällen, wo psychogene Momente in keiner Beziehung sich nachweisen lassen, solche unbedingt anzunehmen, zumal wenn das ganze Bild einen so wenig psychogenen Charakter trägt, wie dies bei einzelnen der von Oppenheim herausgehobenen Krankheitsgruppen, speziell den Reflexlähmungen, immerhin doch der Fall ist.

Eine klinisch voll befriedigende Gruppierung der traumatischen Kriegsneurosen haben die bisherigen Veröffentlichungen noch nicht gebracht. Cimbals Bekämpfung der Begriffe und Ausdrücke: traumatische Neurose, Hysterie, Neurasthenie usw. im Gutachten, beweist, selbst wenn sie voll berechtigt wäre, noch nichts gegen dieses unbedingte wissenschaftliche Erfordernis. Hauptmann meint speziell gegenüber meinem Hinweis auf die Notwendigkeit auf Grund der Kriegsbeobachtungen Emotions- und Schreckneurosen von der Hysterie, der traumatischen Neurose usw. zu trennen, daß eine solche Scheidung weder jetzt noch später durchführbar sein werde und zwar weder, wenn wir uns nach den Symptomen richten, noch wenn wir den Entstehungsmodus berücksichtigen. Der Geringschätzung

des pathognomischen Werts der Symptome wird man beipflichten können. Die pathologischen Funktions- und Reaktionsmöglichkeiten im Neuropsychosengebiet sind doch wohl zu beschränkt, als daß sie sich nicht bei den verschiedensten Krankheitstypen wiederholen sollten. Daß es trotz alledem auch halbwegs spezifische gibt, beweisen im übrigen die charakteristischen „systematischen“ Störungen der Hysterie. Die Entstehungsmechanismen nun aber, d. h. die pathologischen Vorgänge, die unter bestimmten Einflüssen auf bestimmter Grundlage in Bewegung kommen, die meine ich, würden ganz gewiß eine geeignete, ja sogar die wesentliche Basis für die klinische Differenzierung abgeben, wenn man sie alle kennen und in jedem Fall erkennen könnte. Kombinationen der verschiedenen Formen, auf die Hauptmann zur weiteren Begründung seiner Auffassung auch noch hinweist, mögen dabei die reinliche Scheidung der differenten Prozesse erschweren, können sie aber doch nicht unmöglich machen.

Oppenheim wiederholt seine bereits früher aufgestellte Einteilung in einem „Präreferat“ zu einer Monographie über die Neurosen nach Kriegsverletzungen: 1. traumatische Hysterie; 2. traumatische Neurasthenie; 3. traumatische Hysteroneurasthenie; 4. traumatische Neurose im engeren Sinne; 5. Kombination von organischen Erkrankungen des Nervensystems mit Neurosen traumatischen Ursprungs. Die Bezeichnung traumatische Neurose im engeren Sinne reserviert er für die Mischformen (3) und insbesondere für die Gruppe 4, deren Symptome, da zur Genüge aus den früheren Berichten bekannt, hier nicht wiederholt zu werden brauchen. Was sich allgemeines über diese traumatischen Neurosen und die traumatische Neurose sagen läßt, insbesondere auch was gegen sie zu sagen ist, wurde bereits im letzten Bericht angeführt. Speziell gegen Oppenheims Einreihung der Kriegsneurosenfälle in die Neurasthenie und Hysteroneurasthenie wendet sich Seelert mit der schwerwiegenden Erklärung, daß sie nachweisbare Differenzen auf psychopathischem Boden unbeachtet lasse und Trennungen vornehme, wo nosologisch einheitliche Verhältnisse vorlägen. Neurasthenische Symptome seien vielfach nur die Hülle um einen in den einzelnen Fällen verschiedenen psychopathischen Kern, Äußerungen verschiedener psychopathischer Konstitutionen (abnorm emotiver, hysterischer, epileptoider, manischdepressiver usw.), und umgekehrt sei eine Scheidung von neurasthenischen und hysterischen Symptomen nach Unfällen nicht gerechtfertigt, da sie auf den gleichen pathologischen Boden entstünden.

Auch Aschaffenburg nimmt wohl — wie abschweifend gleich erwähnt sei — in dem letzteren Punkt einen ähnlichen Standpunkt ein, insofern er die scharfe Trennung zwischen neurasthenischen und hysterischen Symptomen nicht nur nicht für möglich, sondern auch für überflüssig hält. Und zwar ist für ihn die gemeinsame Wurzel psychischer Genese das Entscheidende. — Ich glaube, daß diese Hinweise, so viel Berechtigtes an ihnen zweifellos auch sein mag, nicht ausreichen dürften, die selbständige klinische Stellung des Neurasthenietypus zu erschüttern[1]). Was aus ihnen sich ableiten läßt, ist m. E. nur die Forderung, den Neurastheniebegriff möglichst

[1]) Die Differenzen zwischen Neurasthenie und Hysterie sind doch wohl tiefergehend als die von Aschaffenburg angeführten: der Neurastheniker zeige

eng und scharf zu fassen — schärfer und enger, als es bei der Verarbeitung und Gruppierung des Kriegsneurosenmaterials vielfach geschieht — und ihn also auf die rein durch Erschöpfungseinflüsse bei vorher Gesunden hervorgerufnen Nervenstörungen vom Charakter der reizbaren Schwäche zu beschränken. Damit würden dann ebensowohl die durch Gemütserregungen entstandenen nervösen Beschwerden neurasthenischer Färbung bei konstitutionell Nervösen und sonstigen Disponierten ausgeschaltet, wie sie Aschaffenburg wohl vorwiegend im Auge hat, wie auch die reaktiv-neuropsychotischen Störungen bestimmter psychopathischer Konstitutionen, auf die Seelert hinweist. — Doch dies nur nebenbei. Im Laufe der Berichte wird sich ja wohl nochmals Gelegenheit finden, dem nicht zum wenigsten auch durch die Kriegserfahrungen akut gewordnen Neurasthenieproblem näherzutreten.

Um nun zum Thema: Hysterie — Neurasthenie — traumatische Neurosen zurückzukehren, so faßt Seelert auf Grund seiner obigen Auffassung diese Störungen als „reaktive Neurose nach Unfall“ zusammen, deren Symptomenbild von der individuellen Konstitution abhängig sei. In ähnlichen Bahnen bewegt sich wohl auch Mohrs Einwand, daß die Mischformen, insbesondere neurasthenisch-hysterische zwar nach schweren körperlichen Traumen häufiger, deswegen aber noch nicht für die durch Traumen entstandenen Neurosen charakteristisch seien, da nicht das Trauma und überhaupt die Reize das Wesentliche ausmachten, sondern die Reaktion des psychophysischen Organismus auf die Reize. Hauptmann macht zu alledem noch darauf aufmerksam, daß nervöse Erschöpfungserscheinungen (die man wohl im wesentlichen mit den neurasthenischen identifizieren darf. Ref.) schon deswegen für die klinische Differenzierung auf diesem Gebiete nicht maßgebend sein können, weil sie bei allen Kriegsteilnehmern, die lange genug die seelischen und körperlichen Kriegsstrapazen mitgemacht hätten, vorhanden seien. —

Ein gewichtiger Teil der Autoren, ich nenne nur Nonne und Lewandowsky, fassen nun, falls ich sie nicht mißverstanden habe, die traumatischen Kriegsneurosen in der Hauptsache unter die hysterischen Krankheitsbilder. Eine solche Einordnung der doch in Entstehungsweise und klinischen Merkmalen recht differenten Formen in diesen umfassenden und wenig scharf begrenzten Krankheitstypus erscheint mir doch bei aller Anerkennung der gemeinschaftlichen Momente, insbesondere eben psychogener und ideogener, für die klinische Weiterentwicklung nicht grade förderlich. Zum mindesten wären doch wohl noch weitere Differenzierungen innerhalb dieses Gesamtgebiets entsprechend gewissen nachweislichen klinischen Unterschieden der Einzelfälle anzustreben. Hier ist ein Kriegsziel, auf das man ruhig hinweisen darf: Ein Versuch vermittels der unverkennbaren Unterschiede in Entstehungsmodus und Syndromen zu einer Untergruppierung der verschiedenen durch die gemeinsame Bezeichnung als hysterische zusammengefaßten pathologischen Formen zu gelangen, wäre vielleicht mit dem gegenwärtigen Material am ehesten durchzuführen.

---

mehr allgemeine Störungen, der Hysteriker mehr greifbar lokalisierte. Der Neurastheniker denke mehr an das, was wird, der Hysteriker an das, was ist.

Er könnte eine wertvolle Vorarbeit für die über kurz oder lang doch einmal notwendige endgiltige Zerteilung der klinischen Hysteriegruppe abgeben.

Ich selbst glaube allerdings, ohne einer künftigen Erledigung der klinischen Typenbildung auf diesem viel umstrittenen Gebiete vorgreifen zu wollen, schon jetzt, daß es gelingen wird, unter den traumatisch bedingten Neuropsychosen einzelne Gruppen von der Hysterie im engeren Sinne abzugrenzen, speziell auch solche psychogenen Charakters, ohne dabei verkennen zu wollen, daß sie im Einzelfall sich vielfach unlösbar verbinden und verschmelzen können. Hierhin rechne ich beispielsweise — um nur einzelne zu erwähnen — die Schreckneurose im Sinne Horns, also jene akute psychogene Störung, die pathogenetisch im wesentlichen aus der Intensität des akuten Affektstoßes abzuleiten ist und ihrem Wesen nach eine in bezug auf Ausprägung, Umfang und Dauer abnorme Steigerung der natürlichen seelischen und körperlichen (vorzugsweise auf vegetativem, insbesondere vasomotorischem Gebiete liegenden) Schreck- und Angstaffektentäußerungen und ihrer psychisch-nervösen Nachwirkungen darstellt. Hierhin rechne ich des weiteren ihren Gegenpol, jene nicht aus der Natur und Stärke des psychischen Traumas, sondern umgekehrt im wesentlichen aus der spezifischen pathologischen Eigenart des vom Unfall betroffenen Individuums sich ergebenden reaktiv-psychotischen Zustände, jene — allerdings doch wohl nur einen kleinen Teil der traumatischen ausmachenden — reaktiven Neurosen nach Unfall Seelerts, die freilich an Mannigfaltigkeit der Formen den analog bedingten reaktiv-psychotischen Haftzuständen auf psychopathischem Boden erheblich nachstehen dürften. Hierhin des weiteren jene vorwiegend chronisch verlaufende psychogene Unfallneurose, deren Symptomenbild — Charakterveränderungen im Sinne einer depressiven hypochondrischen Verstimmung mit Nosophobie, Willensschwäche, Energielosigkeit, konzentrischer Einengung des seelischen Lebens auf den überwertig gewordenen Unfallkomplex und seine körperlichen und unfallrechtlichen Folgen, eventuell auch mit Tendenz zu querulatorischer Verarbeitung — sich mit psychologischer Folgerichtigkeit aus den verschiedenen an das Trauma geknüpften chronischen affektiven Schädlichkeiten herausentwickelt (im wesentlichen sich wohl mit Horns sekundärer Neurose deckend). Dies alles und vielleicht noch manches andere, sind ganz gewiß keine hysterischen Zustände, so gewiß sie auch psychisch durch das Trauma ausgewirkt sind, und ihre Abscheidung von den hysterischen Bildern scheint mir daher sehr wohl berechtigt, mag auch das Gesamtbild des Einzelfalles immer wieder echte hysterische Einzelsymptome mit einschließen.

Wie nun die notwendige Differenzierung von der Hysterie durchzuführen ist, und ob sie scharf durchführbar ist, kann noch dahingestellt bleiben. Ob insbesondere jenes Moment, das bei den traumatischen Kriegsneurosen jetzt vielfach so stark in den Vordergrund gerückt wird und für Bonhöffer als ein charakteristisches Element der hysterischen Störungen gegenüber anderen psychogenen gilt, ob die Mitwirkung von nosophilen Wunschtendenzen für diese klinische Trennung ausreicht, erscheint mir vorerst nicht wahrscheinlich. Soweit die bloße psychogene Krankheits-

fixierung durch Wunschtendenzen in Betracht kommt — Bonhöffer spricht direkt in dieser Hinsicht von hysterischer Fixierung — dürfte diese schon deswegen nicht entscheidend sein, weil sie ähnlich auch bei andern psychogenen Störungen wieder zu finden ist und zudem sich nicht sowohl auf das Wesen der Störung als auf die Dauer der Symptome und somit auf die Verlaufseigenheiten bezieht. Aber auch was man sonst an Wirkungen von Wunschtendenzen im Psychogeniegebiet antrifft, erstreckt sich doch eigentlich nicht sowohl auf die Erzeugung eines besonderen Krankheitstypus, als auf Phänomene mehr äußerlicher Art, insbesondere die Gestaltung des Symptomenbildes (Pseudodemenz, Puerilismus u. dgl.), wie ja auch Bonhöffer speziell das „Durchscheinen der Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung" als charakteristisch heraushebt. Auch rein theoretisch ist es eigentlich schwer zu fassen, wie eine inhaltlich bestimmte Willensrichtung an sich imstande sein soll, das Wesen eines Krankheitstypus zu bestimmen.

Jedenfalls ist in all diesen Dingen noch nicht das letzte Wort gesprochen, das freilich auch nicht durch umfangreiche Diskussionen, sondern nur durch eine vertiefte, ohne Voreingenommenheit durchgeführte Verarbeitung der Tatsachenmaterials herbeigeführt werden wird.

Sonstige funktionelle nervöse Störungen.

Über somatische Störungen nervösen und psychogenen Ursprungs in den verschiedensten Organgebieten wird wieder allenthalben berichtet, entsprechend der hohen Bedeutung der psychischen Einflüsse im Kriege auch auf somatischem Gebiete. Krehl hebt beispielsweise neben den anerkannten nervösen Herzbeschwerden, psychisch bedingten Dyspnöen, nervösen Magendarmstörungen usw. bei Feldzugsteilnehmern auch psychisch hervorgerufene durch Vermittlung der endokrinen Drüsen zustandegekommene Erkrankungen hervor, erwähnt eine ganze Reihe nervöser Abmagerungen aus dem Felde und betont, daß es gewiß kein Zufall sei, daß gerade Beeinflussungen der Schilddrüsenfunktion sich unter den gewaltigen geistigen Einwirkungen des Krieges verhältnismäßig häufig nachweisen ließen. Daß dabei diese körperlichen Störungen mit Mißempfindungen und Störungen körperlicher und seelischer Natur, schlechter Stimmung, mangelhaftem Schlaf, geringem Kraftgefühl, Abmagerung einhergingen, liege daran, daß gerade die Organe ergriffen seien, die von selbständigen cerebrospinalen Nerventeilen und dem Sympathicus abhängig seien und die gerade Einfluß auf unsere allgemeinen Empfindungen ausübten und zu den Stimmungen in naher Beziehung ständen. Andrerseits unterliege die Schärfe dieser Organfunktionen auch besonders leicht allen Einflüssen von Stimmung und Gefühl schon im gewöhnlichen Leben und nun gar erst im Kriege mit seinen überaus gewaltsamen Eindrücken.

Hinsichtlich der Stoffwechselerkrankungen aus nervöser Ursache im Kriege betont Richter, daß namentlich zu dessen Beginn infolge der Summation der ungewohnten seelischen Erregungen fast alle Diabetiker sich verschlimmert hätten nnd hereditär Belastete oder disponierte eine meist rasch verschwindende Glykosurie bekamen. Ebenso sah Richter

verschiedene Fälle von leichter Glykosurie bei aus dem Felde Zurückgegekehrten und spricht deshalb direkt von einer Kriegsglykosurie. Durch Boas' Erfahrungen wird diese Beobachtung, soweit sie die Zivilbevölkerung angeht, nicht bestätigt. Nach ihm überstieg die Zahl der Diabetiker im Kriege nicht wesentlich die Friedenszahlen, ähnliches fand er auch bei den nervösen Dyspeptikern, dagegen sah er eine Häufigkeitszunahme der Cholelithiasis, für die nach ihm psychische Emotionen eine erhebliche auslösende Rolle spielen.

In diesem Zusammenhange sei auch gleich die Beobachtung Ebelers aus der Kölner Frauenklinik eingeschaltet, wonach mit Beginn des Kriegs eine ganz frappante, auf die ersten Kriegsmonate beschränkte relative Zunahme der Fehlgeburten auftrat, die sich nicht etwa durch eine mit dem Kriege zusammenhängende Vermehrung der Abtreibungsversuche in Verbindung bringen ließ, da im Gegenteil die Prozentzahl der fieberhaft infektiösen Aborte gleichzeitig abnahm, sondern nach Ebeler auf den ätiologischen Einfluß psychischer Erregungszustände zurückzuführen war, deren Einwirkung gerade in den ersten Kriegsmonaten besonders stark war.

Römheld hebt die große Zahl der nervösen psychogenen Dyspeptiker hervor, die übrigens im Felde sich besserten und statt ihrer oft jahrelang genommenen Angstdiät alles wieder vertragen lernten. Sänger konnte ähnlich bei Asthmatikern im Felde ein Ausbleiben der asthmatischen Anfälle feststellen. Er führt dies freilich nicht nur auf die naheliegenden psychischen Momente (Ablenkung, Gewöhnung), sondern auch auf körperliche, wie Mäßigkeit in der Ernährung zurück.

Nervöse Durchfälle im Felde sah Rohde vielfach im Gefolge von echten Darmerkrankungen bei nervös Disponierten, bei denen sich dann stets allgemeine nervöse Erscheinungen ähnlich dem Basedowoid (Angstzustände, Tachykardie, Pulslabilität) fanden und gegen die hervorragend oft Baldrian, Pantopon, ja bloße Ruhe halfen. Nach Rohde bot in solchen Fällen die überstandene Darmerkrankung die Grundlage entweder im Sinne der Autosuggestion oder aber durch Affektion des sympathischen Systems bei verminderter Widerstandsfähigkeit. Rohde sah auch bei einem schweren Psychopathen nach einer in seiner Nähe erfolgten Granatexplosion fortan bei jedem Kanonenschuß Erbrechen auftreten. Ebenso beobachtete er eine akute schnell sich wieder zurückbildende Schilddrüsenschwellung mit basedowartigen Erscheinungen infolge Schrecks durch Granatexplosion bei einem nervös veranlagten belasteten Soldaten. Richter sah 2 Fälle von ganz akutem Basedow im Anschluß an heftige psychische Erregungen im Kriege bei durchaus nicht nervösen und nicht belasteten Offizieren. Rothacker glaubt aus solchen, auch von ihm beobachteten akuten Basedowfällen, die bei Feldzugsteilnehmern nach großen seelischen Aufregungen auftraten und nach Versetzen in ruhige Lage wieder restlos zurückgingen — in dem einen Falle bestanden übrigens außerdem noch vermutlich hysterische zeitweise Anfälle von tonischen Krämpfen der Gesichts- und Augenmuskulatur mit starkem Schweißausbruch — den Beweis für die neurogene Basis vieler Basedowerkrankungen ableiten zu können. Daß mit dieser Feststellung der psychogenen Auslösung die thyreo-

gene Theorie durchaus noch nicht geschlagen ist, bedarf keiner weiteren Erwägung. Auf Grund derartiger Feldzugserfahrungen kommt Rohde zu der schon oben durch Krehl angedeuteten Auffassung, daß der Schreck — und ebenso auch die Erschöpfung — nicht nur die Vasomotoren angreife, sondern auch die den Körperhaushalt und Stoffwechsel regulierenden innersekretorischen Drüsen. Es sei schließlich daran erinnert, daß Oppenheim neben sonstigen Erscheinungen des visceralen Nervensystems die Symptome des Hyperthyreoidismus speziell für die traumatische Neurasthenie in Anspruch nimmt. In nicht wenigen Fällen fand er Gräefesches und Chvosteksches Symptom, Tachykardie, Hyperhidrosis, Tremor usw.

Von Dziembowski stellt die Vagotonie — ein Symptomenkomplex, der ja vom Bilde der traumatischen Neurosen, speziell auch der Schreckneurosen her schon zur Genüge bekannt ist, direkt als eine Kriegskrankheit hin. Er sieht in dieser in Kriegslazaretten häufig anzutreffenden, durch krankhaft gesteigerten Vagustonus gekennzeichneten vegetativen Neurose eine ganz selbständige Erkrankung, wenngleich sie öfter als Teilerscheinung oder Komplikation einer allgemeinen Nervenerkrankung wie der Hysterie oder Neurasthenie vorkomme. Ihr gehäuftes Auftreten im Felde bringt er mit der von den psychogenen Störungen her vertrauten Tendenz sich der Unlust durch die Flucht in die Krankheit zu entziehen in Zusammenhang. Als Symptome nennt er einmal allgemeine insbesondere auf das vegetative System und Vaguserkrankung sich beziehende, wie leichte Ermüdbarkeit, starke Muskelreizbarkeit, abnormes Schwitzen, starke Dermographie, Eosinophilie, öfter Chvosteksches Symptom, Aschnersches Symptom (Bradykardie bei Druck auf die Bulbi), sodann speziell auch die Zeichen gesteigerten Vagustonus — Anfälle von Bradykardie und Intermission der Herztätigkeit, krampfhafte Zustände im Magendarmgebiet (spastische Obstipation, Colica mucosa usw.), Asthma bronchiale, orthostatische Albuminurie u. a. Vom körperlichen Befund führt er auch noch Degenerationszeichen an.

Vasomotorische und Herzstörungen nehmen auch diesmal wieder unter den Kriegsbeobachtungen einen großen Raum ein.

Schlesinger, der seine Beobachtungen in einem direkt hinter dem Operationsgebiet des westlichen Kriegsschauplatzes gelegenen Kriegslazarett anstellen konnte, erklärt die in den bisherigen Veröffentlichungen zutage getretenen (und zum Teil auch in den hier gegebenen früheren Berichten erkennbaren) Verschiedenheiten der Beurteilung zu einem gut Teil aus der Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials. (Nur ein kleiner Teil sei bei der kämpfenden Truppe beobachtet, andere in Etappenlazaretten, der größte Teil aber in Reservelazaretten des Heimatsgebiets, wohin nur ein Bruchteil der an der Front sich krank meldenden Soldaten gelange.) Nach Schlesingers Material ist das Zahlenverhältnis der einzelnen Formen von Herzstörungen bei den Soldaten im Felde recht verschieden von dem aus der Friedenspraxis bei der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung geläufigen. Zunächst sind, was an dieser Stelle vor allem interessiert, die nervösen Herzstörungen weit häufiger als alle sonstigen Formen von Herzerkrankungen waren, ja gerade so häufig als ihre Gesamtheit (84 funktionelle

Störungen von 171 Beobachtungen). Immer lag mehr eine gesteigerte Erregbarkeit als eine veränderte Leistungsfähigkeit des Herzens vor. Meist handelte es sich um eine sensible, selten um eine rein motorische Herzneurose. Haupterscheinungen waren Herzklopfen, dauernd oder anfallsweise, dann eine gewisse Kurzatmigkeit, Pulsbeschleunigung und außerordentliche Pulslabilität, Arhythmie, insbesondere respiratorische. Nach der Vorgeschichte hatte ein Viertel dieser Soldaten schon früher einmal, vor dem Feldzug, an Herzstörungen gelitten, so daß sie damals die Arbeit ausgesetzt hatten. Fast ausnahmslos wurde angegeben, daß die Beschwerden allmählich aufgetreten waren, nie plötzlich etwa nach einer Granatverschüttung oder sonstigem Schreck. Nach solchen Ereignissen setzten wohl hysterische Zustände ein, aber keine Herzneurosen. Unter diesen Herzneurotikern befanden sich viele Kriegsfreiwilige, überhaupt viele junge Leute und auffallend viele Kaufleute, Studenten und Beamten, aber wenig Arbeiter und Bauern, gerade wie in der Friedenspraxis, aber ganz im Gegensatz zu der Zusammensetzung des Heeres. Mit fortschreitendem Frühjahr nahm die Zahl dieser Patienten deutlich ab. Der Verlauf gestaltete sich im allgemeinen ziemlich langwierig und nahm auch in leichten Fällen bis zur Wiedererlangung der Dienstfähigkeit mehrere Wochen in Anspruch, doch war der Endausgang bezüglich der Wiederdienstfähigkeit recht günstig und wesentlich günstiger als bei allen anderen Herzaffektionen. Fast die Hälfte konnte direkt nach der Entlassung aus dem Lazarett wieder den Felddienst aufnehmen, zwei Fünftel wurde zunächst im Garnisondienst der Etappe verwendet und nur ein Fünftel in Reservelazarette des Heimatsgebiets überwiesen. Auch von diesen beiden Gruppen dürften die meisten nach Schlesinger gewiß später wieder voll felddienstfähig geworden sein. Übrigens erscheint auch ihm die Rücksendung in die Reservelazarette des Heimatsgebiets wegen der Steigerung des Krankheitsgefühls u. dgl. aus therapeutischen Gründen bedenklich.

Auch bei den sonstigen (organischen) Herzerkrankungen ist noch die enge Beziehung zu psychischen Faktoren bemerkenswert: Schlesinger fand bezeichnenderweise bei den Herzkranken mit Klappenfehlern zwei entgegengesetzte Gruppen. Einmal solche mit ausgesprochnen Herzfehlern, zum Teil jugendliche Kriegsfreiwillige, die eine bemerkenswerte Widerstandskraft gegenüber selbst monatelangen großen Strapazen aufwiesen, sodann aber junge Ersatzreservisten und ungediente Landsturmleute mit viel weniger ausgesprochenen Klappenfehlern, die schon kurz nach dem Ausrücken zusammenbrachen. Mit Recht schreibt Schlesinger hier der gesamten psychischen Konstitution, um nicht zu sagen dem Willen neben der körperlichen Verfassung eine große Rolle zu, die größer sei als bei den Herzneurosen. Und auch die letzte Veranlassung zu der Kompensationsstörung war vielfach augenscheinlich in psychischen Erregungen zu suchen. Ebenso hatten bei den Patienten mit konstitutioneller Herzschwäche in der Mehrzahl nicht körperliche Anstrengungen, sondern heftige Gemütsbewegungen, die Herzmuskelschwäche manifest gemacht und Ähnliches ergab sich schließlich bei den Kriegsteilnehmern mit Herzmuskeldilatation und -hypertrophie. Auch bei ihnen

war die eigentliche Erkrankung zwar durch körperliche Momente, Überanstrengung und insbesondere längerdauernde Strapazen, verursacht, die Beschwerden waren aber im wesentlichen durch nervöse Aufregungen ausgelöst. — Es erscheint mir von Wert, daß hier einmal an einem charakteristischen und eindrucksvollen Beispiel auf die engen und vielfältigen Zusammenhänge zwischen dem Psychischen und Physischen im gesamten Gebiete der Pathologie, wie sie gerade im Kriege immer wieder eindringlich zum Ausdruck kommen, hingewiesen wird.

Krehl nennt unter den häufiger vorkommenden Herzstörungen bei Nervösen subjektive Herzbeschwerden, respiratorische Arythmien und einzelne Extrasystolen. Auch thyreogene Herzstörungen mit sonstigen Zeichen des Thyreoidismus fand er recht häufig. Goldscheider gruppiert die Herzneurosen: 1. solche, die mit allgemeiner Entkräftung oder Schwäche der Herzkraft, leichter Dilatation, abnorm niedrigem Blutdruck usw. verbunden sind; 2. die einen leichteren Typus darstellenden, die lediglich Innervationsstörungen ohne merkliche Beeinträchtigung der Herzkraft und des allgemeinen Kräftezustandes bieten, immerhin aber häufig mit einer allgemeinen Nervosität einhergehen, 3. die sehr häufigen Fälle von Tachykardie mit geringen subjektiven Beschwerden und schließlich 4. die einfachen Tachykardien ohne Beschwerden. Bezüglich des Verlaufs und der Dauer betont Goldscheider u. a. auch hier wieder den großen Einfluß von Willen und Seelenleben. Stadelmann, der auf die große Zahl der Neurastheniker unter den innerlich Kranken der Heimatsreservelazarette (etwa 50%) und unter diesen wieder auf die zahlreichen Patienten mit Herzbeschwerden und -klagen hinweist, erklärt, diese Leute seien im Kriege außerordentlich viel schlechter durch die Belehrung, daß sie nicht herzkrank seien, beeinflußbar, als es in normalen Zeiten der Fall sei, einmal weil dieser Ausspruch im Gegensatz zu dem stehe, was sie im Feld von ihrem Truppenarzt gehört, sodann weil der Gesundungswille fehle. Am schlimmsten stehe es damit bei älteren Leuten, die das größte Interesse am Zuhausebleiben hätten. Albu, der gleichfalls die große Zahl der Herzneurosen unter den eingelieferten Herzkranken anerkennt, hält diese Kennzeichnung der Psyche dieser Kranken für zu ungünstig, und ähnlich lehnt auch Schultzen die Scheu vor dem Schützengraben bei diesen Soldaten ab.

Nach Rohdes Frontbeobachtungen boten mit zunehmender Dauer des Krieges sehr viele vasomotorische Störungen dar, doch fanden sich auch schon im Anfange des Feldzugs auf Märschen Leute mit Herzbeschwerden ohne objektive Ursache und positiven Befund, und zwar meist Astheniker mit vereinzelten psychogenen Zügen. Nachweisbar war eine ziemlich erhebliche Beeinträchtigung des Pulses, der oft etwas gespannt und leicht irregulär erschien, aber durch Anstrengungen sich eher besserte als verschlechterte, daneben kalte Füße oder Schweißfüße, Lidflattern, statischer Tremor und vor allem stark gesteigertes Hautnachröten. Auch Nasenbluten bei Anstrengungen war bei ihnen häufig. Mit der Länge des Feldzugs sah Rohde dann auch als Herzmuskelschwäche von ihm gedeutete Störungen bei Leuten, die leichte Erschöpfungssymptome nervöser Art boten.

Poehlmann berichtet über einen Fall von fortschreitendem Haar-

ausfall mit starken Kopfschmerzen vom Charakter der typischen Alopecia areata bei einem bisher gesunden Manne im Anschluß an eine Armschrapnellverletzung und hochgradige Aufregung durch nachfolgendes feindliches Artilleriefeuer. Er führt diesen Fall, dem er insgesamt 16 aus der Weltliteratur zur Seite stellen kann, auf die vasomotorische Wirkung des Schrecks, und zwar speziell auf eine durch den psychischen Shock hervorgerufene spastische Contractur der die Haarpapillen versorgenden Capillaren zurück. Die zeitliche Distanz zwischen Reizung und Wirkung (4 Tage) glaubt er durch den Kreibichschen Spätreflex (fortdauernde Vasomotorenwirkung) erklären zu können. Für die so seltne Erscheinung, daß gerade das Haargebiet von der Schreckwirkung betroffen wird, gibt er freilich keine Erklärung.

Von Blasenstörungen nervösen Ursprungs ist wiederholt die Rede. Stiefler-Volk berichtet von 49 Fällen nervöser Blasenfunktionsstörungen infolge Erkältung im Felde, und zwar 26 Fälle von Pollakiurie (reine Pollakiurie 8 mal, Pollakiurie und falsche Inkontinenz 14 mal, Pollakiurie als Rezidiv 4 mal) 16 Fällen von Enuresis (reine Enuresis 2 mal, Enuresis als Rezidiv 4 mal, Enuresis und Pollakiurie 6 mal, originäre Spätenuresis 4 mal) und schließlich 7 Fällen von Dysurie (reine Dysurie 4 mal, Dysurie bei Tabes dorsalis 3 mal). — Lipschütz sah in den Festungsspitälern von Przemysl zahlreiche Fälle von Blasenschwäche mit Harndrang, Harnträufeln und Beschwerden bei der Harnentleerung, die er von der Enuresis abtrennt und auch nicht zu den Neurosen rechnet, vielmehr in einer Reihe der Fälle mit einer besonderen Disposition der Blase in Beziehung bringt. Es handelte sich um Marode des verschiedensten Alters und der verschiedensten Truppenteile, meist Landarbeiter ohne Spur von nervöser Veranlagung. Nur in vereinzelten Fällen fanden sich hysterische Stigmata. Zülzer hebt als ein häufiges, Blasenkatarrh vortäuschendes Krankheitsbild im Felde, geradezu eine Schützengrabenerkrankung, eine Reizung (Neuralgie) des Nervus pudendus heraus, bei der die Blasenempfindlichkeit und außerordentlich häufiger Urindrang, verbunden mit Druck in der Blasengegend und Schmerzen beim Harnlassen durch die Überempfindlichkeit des Hautgebiets des Nervus pudendus verursacht werde.

Sauer betont den im wesentlichen neurotischen, nicht urologischen Charakter der Enuresis im Felde und führt ihr gegenwärtig häufigeres Auftreten beim Heere nicht zum wenigsten auf die auslösend wirkenden oder vielleicht sogar Neuerkrankungen hervorrufenden Feldzugsschädigungen zurück. Auch er fand bei seinen Fällen im allgemeinen die Enuresis seit Kindheit bestehend, nur bei einem sonst anscheinend gesunden jungen Kriegsfreiwilligen stellte sich die Inkontinenz zum erstenmal im Leben im Anschluß an eine Granatexplosion in seiner Nähe ein und wiederholte sich seitdem fast jede Nacht. Allgemein wurde eine merkliche Zunahme der Beschwerden bei naßkalter Witterung angegeben, wie überhaupt an dem ungünstigen auslösenden Einfluß der (ja von Böhme in den Vordergrund gerückten) Kälte nach den übereinstimmenden Angaben nicht zu zweifeln ist. Als Beweis für den nervösen Charakter der Störung führt Sauer neben der gelegentlichen Entstehung durch Affekte, wie Schreck und Angst, die

Heilbarkeit durch die Hypnose an, eine Heilmethode, die er übrigens auch im Felde für durchführbar hält und daselbst vielleicht sogar mit noch größerem Erfolge als im Frieden angewandt hat. Daß auch hier wieder die psychische Auslösung und Beeinflußbarkeit der Störung an sich noch nicht lokale Veränderungen als Grundlage ausschließt, bedarf wohl nicht erst erneuter Erwähnung.

Auffallend viel echte Migränezustände sah Rohde an der Front (im Gegensatz zu Curschmann, der die auffallend geringe Rolle dieser Störung unter den erkrankten Feldzugsteilnehmern, und zwar auch unter den nervösen betont). Rohde beobachtete diese Zustände — neben anderen migräneartigen, die mit Brechneigung, Schwindel, Ohnmacht, traumhafter Sperrung und halbseitigem Kopfschmerz einhergingen — erst in den letzten Monaten, und zwar nicht nur bei Psychopathen, sondern auch bei Leuten ohne endogen nervöse Zeichen, die früher nie daran gelitten hatten und auch nicht damit belastet waren. Ätiologisch glaubt er, durch den Feldzug gesetzte Erschöpfung und evtl. auch rheumatische Schädlichkeiten dafür verantwortlich machen zu müssen. Die Störungen verbanden sich vielfach mit neuromyositischen Erscheinungen, vereinzelt auch mit Durchfällen. — Übrigens gehört, wie ich aus Selbstbeobachtungen von Kriegsteilnehmern weiß, auch die Migräne zu den von Feldzugseinwirkungen in günstigem Sinne beeinflußbaren nervösen Zuständen.

Nach Best ist die Aufstellung einer besonderen Kriegshemeralopie zwar nicht begründet, doch gebe es eine Reihe von Bedingungen, die beim Stellungskriege das Auftreten einer solchen begünstigen können: Nächtliche Tätigkeit, Entbehrungen, unregelmäßige Ernährung, körperliche und seelische Überanstrengung. Freilich seien unter den zurzeit zur Beobachtung kommenden Nachtblinden nur wenige, bei denen man die obigen Faktoren als Ursache anschuldigen müsse. Die Mehrzahl habe ihre Nachtblindheit als alte Begleiterscheinung einer Refraktionsanomalie oder als ererbte Eigentümlichkeit, die ihnen unter den Verhältnissen des nächtlichen Schützengrabenkrieges im Verkehr mit den scharfsichtigen Kameraden erst richtig zum Bewußtsein komme. Im übrigen sei diese „Schützengrabenhemeralopie" nicht häufig. Von den einzelnen Gruppen fand Best unter 36 Fällen 4 von erblicher familiärer Nachtblindheit, 21 angeborene, zusammen mit Refraktionsanomalien, 1 mit vorherrschend nervösen Symptomen, 1 infolge Blendung, 3 infolge nächtlicher Schützengrabenarbeit usw. Häufig sei das Zusammentreffen der Nachtblindheit mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und anderen nervösen Symptomen, nebst Abmagerung, so daß man fast eine spezifische Form daniederliegender Ernährung im Sinne einer Störung bestimmter noch unbekannter vitaler chemischer Prozesse vermuten könnte. Für diese Vermutung Bests spricht nach Beuthenmüller, daß frühere Arbeiten über den Skorbut im österreichischen Heere die Nachtblindheit im Heere als skorbutisches Symptom hinstellten, dessen Häufigkeit direkt von der Ernährungsweise abhänge. Wietfeld sieht speziell in dem Mangel an Vitaminen in der Feldküchenkost das schädliche Agens. Andere Autoren wie Paul stellen wieder das psychische resp. nervöse Moment in den Vordergrund. Ersterer sieht in der Kriegs-

Nachtblindheit eine cerebrale Erscheinung, die Folge von nervöser Abspannung und psychischer Depression, deren Ursache in den nervenerregenden Einflüssen des Stellungskampfes liege, deren Prognose unsicher sei und deren Heilung oder Besserung von Fernhaltung nervöser und psychischer Schädigungen abhänge. Nach ihm litten die meisten daran Leidenden an Depressionen und allerlei neurasthenischen Beschwerden.

Uthoff sah Hemeralopie nur in 3% seiner nichttraumatischen Augenfälle, davon $^1/_3$ als hereditäres Leiden, $^1/_3$ infolge organischer Netzhauterkrankungen und nur $^1/_3$ idiopathisch. Im übrigen machten die hier gleich mit zu erledigenden funktionellen nervösen Sehstörungen unter seinem Kriegsmaterial 2% der Fälle aus, wobei am häufigsten hysterischer Blepharospasmus war (gewöhnlich im Anschluß an eine geringfügige Augenverletzung mit unbedeutenden entzündlichen Erscheinungen). Zweimal fand sich hysterische Amblyopie mit Gesichtsfeldeinengung, 3 mal Neurasthenie mit nervösen Augenbeschwerden (Empfindlichkeit, Blendung, leichte Ermüdbarkeit) einmal mit Hemeralopie; 1 mal Augenmigräne, 3 mal Simulation (in $^1/_2$% der Fälle, was Uthoff als wenig bezeichnet).

Bock erwähnt Augenstörungen ohne Spiegelbefund nach großen Erschütterungen des ganzen Körpers als Amblyopia neurasthenica und hysterica, deren Zahl im gegenwärtigen Kriege nicht so klein sei. Neurasthenische Augenbeschwerden bei manchen nervengesunden Offizieren vom südwestlichen Kriegsschauplatz waren auf Blendung zurückzuführen.

Einen Fall von genuiner Narkolepsie beschreibt Henneberg bei einem 35 jährigen Soldaten, der vor dem Feinde auf Horchposten einschlief. Der Vater war Tabiker, ein Bruder an multipler Sklerose erkrankt, er selbst ist ohne Anzeichen von Hysterie oder Epilepsie. Die Schlafanfälle, an denen er seit 5 Jahren leidet, gleichen durchaus dem normalen Schlaf, treten bis zu 5 mal am Tage auf und dauern etwa $^1/_4$ Stunde. Sie setzen mit unwiderstehlicher Müdigkeit ein, das Einschlafen erfolgt im Gehen und Stehen, Erwecken gelingt ziemlich leicht durch Anstoßen. Beim Lachen fällt der Kopf nach vorn und der Unterkiefer herab, auch versagen die Knie. Bewußtseinsstörung besteht dabei nicht. Henneberg hält die Erkrankung für eine selbständige Neurose auf degenerativer Grundlage, die von narkoleptischen Anfällen bei Hysterie, Epilepsie usw. wohl zu unterscheiden sei. — Hoche erwähnt übrigens einen hysterisch gewordenen Offizier, der im Felde an schwerer Schlafstörung litt, aber im schwersten Granatfeuer von unwiderstehlicher Schlafsucht befallen wurde.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Besondere Erfahrungen aus dem Felde finden sich diesmal nicht. Unter Feldmanns Beobachtungen aus dem Lazarett Breisach überwogen bei den aus der Festung Eingelieferten die Degenerierten, zu denen besonders die aus dem unausgebildeten Landsturm formierte Armierungskompagnie ein großes Kontingent stellte. Steiner betont auf Grund seiner Kriegslazaretterfahrung die relative Häufigkeit psychogener Dämmerzustände bei psychopathischen Individuen, die öfter als im Frieden und auch öfter

als in den militärischen Geisteskrankenstationen beobachtet wurden. Sie zeigten eine gewisse Ähnlichkeit mit den Dämmerzuständen der inhaftierten Psychopathen und betrafen fast ausschließlich schon zu Friedenszeiten als antisozial zu erkennende Elementen. Daß auch Meyer in der psychiatrischen Klinik unter dem militärischen Material zahlreiche Dämmerzustände bei den im Kriege erstmalig Erkrankten sah, wurde schon gelegentlich hervorgehoben. Rohde weist noch auf Psychopathen unter den Kriegsfreiwilligen hin, die im ersten Feuer der Begeisterung sich meldeten und bei Strapazen ins entgegengesetzte Extrem, in tiefste Enttäuschung verfielen und erwähnt einen Fall, der wegen nervöser Beschwerden und Nosophobien vom Arzt einige Tage Ruhe erhalten hatte und mit Angst wieder zum Dienst ging, um schon nach zwei Tagen mit angeblich versehentlich durch Gewehrentladung entstandener leichter Schußverletzung wieder zurückzukommen.

E. Meyer sah im ersten Kriegsjahr unter 1126 militärischen Aufnahmen der Königsberger Klinik 128 psychopathische Veranlagungen, davon 44 mit dessen typischen Charakteren ohne starkes oder wesentliches Überwiegen allgemeiner nervöser Symptome. Ein ganz Teil davon, auch solche ohne besondere degenerative Züge, war in Konflikte verschiedener Art geraten. Ein Drittel bot ausgesprochene pathologische Reaktionen teils auf körperlichem Gebiete — Anfälle, Zittern — teils psychotische — Erregungs-Dämmer-Depressionszustände von verschiedener Dauer, die letzteren durch das Vorherrschen des auslösenden Moments gekennzeichnet.

Juliusburger erwähnt aus der Zivilbevölkerung psychasthenische Individuen, die unter dem Einfluß des „psychophysischen Komplexes des Krieges“ mit psychasthenischen Erscheinungen — der eine z. B. mit depressiv-ängstlicher Erregung und Angstvorstellungen hinsichlich künftigen Kriegsdienstes — seelisch zusammenbrachen. Es handelte sich um jene Individuen, deren Mangel an Vaterlandsliebe und Verständnislosigkeit für patriotische Fragen schon im ersten Abschnitt gedacht wurde. Menschen mit infantilem resp. femininem seelischem Einschlag, mit Mangel an Aktivität und Aggressivität, psychosexuell labile und undifferenzierte Naturen, der eine davon ein Transvestit. Juliusburger meint, daß man die infantilen femininen Züge in der psychosomatischen Konstitution zahlreicher Fälle von Kriegsneurose bei Psychasthenikern nicht missen werde und daß diese Fälle sich von der echten traumatischen Neurose eben dadurch unterschieden, daß die Entwicklungsstörung fehle. Gerade deren Fehlen ist ihm ein Beweis für die Richtigkeit der Aufstellung des Krankheitsbildes der traumatischen Neurose durch Oppenheim, eine Beweisführung, der ich nicht zu folgen vermag. Diesen Fällen, die er übrigens bei stärkerer Ausprägung des femininen Einschlags für dienstunfähig hält, glaubt Juliusburger des weiteren noch gewisse weibliche Personen nahestellen zu können, die ihrem Wesen nach anscheinend psychisch infantil geblieben, Suicidversuche im depressiven Affekt im Anschluß an eine Kriegserschütterung (Tod des Gatten) verübten. In dem einen Falle, mit den psychischen Elementen der gebornen Dirne behaftet, nimmt er noch ein zweites Suizidmotiv, einen „infantilen Identifikationstrieb“, eine Art Nachahmung des

Geschicks des Mannes an. Er stützt sich dabei darauf, daß diese Patientin in der Krankheit angab, sie habe einen Schuß im Rücken, eine Verwundung, an der auch der Mann gefallen war. Sie hatte vorher auch eigenartige, zum Teil wohl psychogene Zuckungen in Armen und Beinen dargeboten, nachdem sie mit einem Kameraden des Mannes zusammengekommen war, der gleichfalls einen Rückenschuß im Felde erlitten hatte. — Sollte man bei der Erklärung dieser Erscheinungen nicht mit der einfachen psychischen Übertragung und hysterischen Imitation auskommen können?

Epilepsie.

Jellineks Überblick über die im ersten Kriegsjahr wegen angeblicher Epilepsie zur Konstatierung in ein Wiener Garnisonspital eingelieferten Fälle bietet zwar nichts klinisch Belangvolles, interessiert aber wegen der zahlenmäßigen Ergebnisse. Bei einer Gesamtzahl von 1561 konnten nur im ganzen bei 59 echte epileptische Anfälle festgestellt werden[1]). Sehr viele von diesen „konstatierten" Epileptikern gaben an, daß sie stets gesund waren und erst seit dem Kriege, und zwar infolge der Strapazen und Erlebnisse an Anfällen litten. Solche Fälle, die auch noch objektive Zeichen von Schreckneurose, Granat- und Schrapnellhysterie erkennen ließen, sind nach Jellinek ceteris paribus nicht so schwer zu bewerten als die schon lange vor dem Kriegsbeginn an Anfällen Leidenden. Nicht so selten handelte es sich bei diesen „Konstatierern" um Anfälle bei organischen Nerven- und sonstigen körperlichen Erkrankungen, um akute Alkoholintoxikationen, Ohnmachten, Erschöpfungszustände u. dgl. Schwieriger war die Unterscheidung von den durch Aufregung, Überanstrengung, Erschöpfung und ähnliches bei anämischen, asthenischen und neuropathischen Menschen ausgelösten Ohnmachtsanfällen und den aggravierten und simulierten Anfällen krimineller Individuen. Hysterische Anfälle wurden zu Hunderten beobachtet. Als pathognostisches Kennzeichen in zweifelhaften Fällen sieht Jellinek das Bestehen des Babinskischen Großzehenphänomens unmittelbar bis etwa 10 Minuten nach dem Anfall bei echter Epilepsie an, dessen Fehlen beispielsweise in einem Falle den epileptiformen Insult als Adam-Stokesches Syndrom erkennen ließ.

Als weiteres Hilfsmittel zu rascher militärärztlicher Konstatierung der Epilepsie glaubt er noch die künstliche Provozierung eines Anfalls durch Cocaininjektion anführen zu können, eine Methode, die freilich in seinen Fällen fast immer versagte.

Benedict sieht zweifellos sichere und daher für Musterungszwecke wertvolle anatomisch-diagnostische Merkmale der echten kongenitalen Epilepsie in gewissen morphologischen Stigmen: Während in der Norm die rechte Stirn niedriger und schmäler, das rechte Ohr mehr nach rückwärts gerückt und der rechte retroaurikulare Kopfteil des Hinterscheitel- und Hinterhauptbeins stärker entwickelt sei, seien diese

---

[1]) Neben diesen in Verpflegung und Behandlung stehenden Leuten passierten noch 10 833 (!) „Konstatierer" die Ambulanz der Krankenabteilung. Deren Gesamtkrankenbewegung betrug im ersten Kriegsjahr 16 439 Mann, von denen die erdrückende Mehrzahl wieder diensttauglich entlassen wurde.

Verhältnisse bei der Epilepsie gestört. Ein anderes wichtiges Stigma sei die Verkürzung des medialen Scheitelbogens. — Die Spezifität dieser Stigmata epilepsiae dürfte nicht allgemein anerkannt werden. — Steiner hebt als Unterscheidungsmerkmal zwischen epileptischen und hysterischen Krampfkranken im Felde hervor, daß die Epileptiker nicht gern krank sein und bald wieder zurück zur Front wollen, während der Hystericus dagegen allerlei einzuwenden habe.

Was sonst über Epilepsie aus dem Feldzug noch mitgeteilt wird, hat im wesentlichen wieder auf die Frage bezug, ob die Kriegsschädlichkeiten das Auftreten der epileptischen Anfälle und Zustände verursacht haben.

Ritterhaus erwähnt Epilepsien, die wahrscheinlich durch den Krieg direkt ausgelöst wurden, „ohne daß sich vorher irgendwelche sicheren Anhaltspunkte für diese Erkrankung hatten nachweisen lassen." Es kamen hier plötzlich eintretende typisch epileptische Anfälle, leichte Absencen, Erregungszustände und typische Dämmerzustände mit Wandertrieb usw., teils isoliert, teils in verschiedenen Kombinationen zum Vorschein. Nur in einem Fall mit typischem Dämmerzustand lag eine Schädelverletzung mit Gehirnerschütterung vor.

Ähnlich spricht Steiner von Fällen, die durch Schädlichkeiten der Front erstmalig typisch-epileptische Anfälle bekamen, welche dann während der Lazarettbehandlung mit ihrer gleichmäßigen Lebensführung aussetzten. Bartels weist auf das Vorkommen von Epilepsie bei schwer verletzten überanstrengten Soldaten hin, die hereditär in keiner Weise belastet waren. So sah er Absencen und fast unbemerkte aber mit schwerem Zungenbiß einhergehende Anfälle bei einem vorher und auch hereditär völlig freien Soldaten mit Oberschenkelhalsfraktur und Gasphlegmone. Umgekehrt hatte unter Reschs 8 epileptischen Feldzugsteilnehmern nur einer den ersten Anfall im Felde erlitten, die übrigen dagegen schon vorher längere Jahre Anfälle gehabt. Einer hatte den ersten Auszug und die Strapazen anscheinend gut überstanden, und erst die Aufregung über das zweite Ausrücken nach Heilung einer geringen Schußverletzung löste einen langdauernden Dämmerzustand aus. Ein Reservist schließlich, der ein Jahr vor dem Kriege epileptische Anfälle gehabt und ticartige Zuckungen der Gesichts-, Hals- und Extremitätenmuskulatur geboten hatte, bekam nach deren Nachlaß einen Anfall sicher nichtepileptischer Natur.

Über

Imbezillität

findet sich diesmal so gut wie nichts. Rohde weist auf die Schwierigkeiten hin, die Schwachsinnige im Felde bieten, wie z. B. ein typischer Imbeziller auf jedem Marsch nach ganz kurzen Strecken mit stereotypem Lächeln: „Mir tun die Füße weh" liegenblieb und schließlich, da weder Güte noch Strafen nützten, fortgeschickt werden mußte.

Manisch-depressives Irresein.

Unter Steiners Geisteskranken des Kriegslazaretts überwogen, wie schon erwähnt, die manisch-depressiven Zustände, die auch schon in Friedens-

zeiten zu einzelnen Krankheitsphasen geführt hatten. Depressionen waren dabei häufiger als manische Zustände. Ritterhaus sah im Kriegslazarett Depressionszustände meist bei älteren Landwehr- oder Landsturmleuten, bei denen die Trennung von Heimat und Familie den Depressionszustand sichtlich hervorgerufen hatte. Zwei Manien waren ziemlich akut bei der Truppe ausgebrochen.

Sommer weist auf das Vorkommen von Erregungszuständen hin, die weder manischer noch hysterischer noch epileptischer Natur seien, noch sich in sonstige bekannte Kategorien unterbringen ließen.

Dementia praecox.

Von vornherein war zu erwarten, daß das Auftreten psychischer Störungen unter den emotionell wirksamen Verhältnissen des Krieges, sowie die vielfach hervortretende Beeinflussung und symptomatologische Ausgestaltung der psychischen Krankheitsbilder durch Kriegsinhalte, differentialdiagnostische Erwägungen bezüglich der psychogenen Natur dieser Störungen öfter auftauchen lassen würden, als es sonst unter gewöhnlichen Lebensumständen der Fall ist. Daß für die Annahme einer solchen psychogenen Störung freilich der Nachweis eines ursächlich in Betracht kommenden psychischen Moments, das ja auch sonst bei durchaus andersartigen geistigen Erkrankungen psychogene Reaktionen hervorzurufen vermag, allein nicht genügt, wird von Meyer mit Recht betont. Naturgemäß muß die Frage, ob psychogene Geistesstörung oder nicht, unter Kriegsverhältnissen besonders dringlich bei solchen Erkrankungen werden, die von vornherein überhaupt und in ihrem ganzen Bilde gewisse Ähnlichkeiten mit den psychogenen resp. hysterischen Erscheinungen aufweisen. Das ist besonders bei den schizophrenen Prozessen der Fall.

Bonhöffer geht den aus diesen Krankheitsformen — zumal in weniger ausgeprägten Fällen — im Felde erwachsenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten nach, wie sie durch die aus Kontrastaffektäußerungen sich ergebende Inkongruenz von Affekt und Vorstellungsinhalt, durch die Art der psychomotorischen Symptome, durch die autosuggestiv erzeugte Affektindifferenz, die Pseudodemenz und die Dämmerzustände bei Hysterischen einerseits, durch die nicht seltenen psychogenen Momente, die Beeinflußbarkeit des Zustandsbildes durch die Umgebung und evtl. die suggerierten Halbseitensymptome bei der Hebephrenie andrerseits gegeben sind. So trat bei einem später als einwandfrei schizophren erkannten Falle, der wegen körperlicher Erkrankung nach halbjährigem Aufenthalt im Felde ins Lazarett kam, dort ohne einen äußeren Anlaß ein hysterisch gefärbter deliranter Erregungszustand auf mit Desorientierung im Sinne einer kriegerischen Situation und plastisch bewegten szenenhaften Halluzinationen, in denen ein früheres Erlebnis mit einem Gurkha wieder zum Ausdruck kam. Der Zustand klang schnell ab, ohne ganz scharfe Krankheitseinsicht zu hinterlassen. Differentialdiagnostisch bedeutsam ist hiernach Bonhöffer, daß bei Hebephrenie häufig traumhafte Situationsmißdeutungen bei guter Orientierung über Ort und umgebende Personen bestünden, im Gegensatz zu der Verdrängung der

Wirklichkeitsreihen bei der Hysterie. — Ein anderer, gleichfalls im Lazarett, wo er wegen Rheumatismus lag, Erkrankter, bot neben Erregung körperlich-psychogene Symptome einer einseitigen funktionellen Parese und Hypalgesie und psychisch Wissensausfälle im Sinne der Pseudodemenz resp. der Ganserzustände, gleichzeitig allerdings aber auch katatonieverdächtige Symptome (monotone stereotype Haltung, etwas dösiges Gesicht, affektlos vorgebrachte Wahnideen, Neigung zu perseveratorisch-rhythmischen Wiederholungen). Später zeigte er dann typisch katatonische Störungen. Bonhöffer hält es sehr wohl für möglich, daß es in einem solchen Falle nach einem dem hysterischen ähnlichen Mechanismus im Gefolge des psychischen Krankheitsgefühls und unter dem mehr oder weniger bewußten Wunsche, Krankheitserscheinungen zu zeigen, zu einer hysterischen Reaktion kommt, besonders wenn gleichzeitig eine Neigung zu psychogener Reaktion besteht.

Schwierigkeiten machte auch die Entscheidung: hysterische Wachträumerei oder Hebephrenie bei einem Kranken, der mehrere Tage nach einer neben ihm erfolgten Granatexplosion mit der Behauptung hervortrat, er sei als Botschafter nach der Türkei berufen und komme, sich beim Reichskanzler zu melden. Dabei bestanden hysteriforme Erscheinungen und eine als autosomnambul deutbare leichte Dösigkeit. Die Wahnvorstellung verlor sich ohne eigentliche Korrektur und die spätere Entwicklung ergab hebephrene Symptome. — Umgekehrt wurde ein junger Kriegsfreiwilliger trotz zahlreicher psychogener Züge (ausgesprochen psychogene Beinlähmung und Abasie, renommistisches Schwindeln, gelegentliche delirante Verkennungen) wegen der anfänglichen bald inadäquat läppisch heiteren, bald mürrisch räsonierenden Affektlage und der eigenartigen Urteilslosigkeit gegenüber seinem körperlichen Zustande für ein Hebephrene gehalten, bis spätere Feststellungen einen Degenerierten mit zahlreichen Zügen pathologischen Schwindlertums und möglicherweise hypomanischem Einschlag ergaben, bei dem die Lähmung mit der Niederschlagung eines schwebenden Verfahrens prompt verschwand und auch eine adäquatere Affektlage sich einstellte.

Auch die bei Hebephrenen vorkommende initiale Charakterverschlechterung (Unstetheit, plötzliches Fortlaufen, pietätlose Abwendung von der Familie evtl. mit aktiv-kriminellen Vorgängen, Alkoholexzessen, sinnlosen Impulsen usw.) bot gelegentlich diagnostische Schwierigkeiten gegenüber den Degenerierten zumal vom Moral-insanity-Typ. Bonhöffer sah eine ganze Anzahl, bei denen scheinbar eine episodische Verstimmung, eine Affektkrise oder die pathologische Reizbarkeit eines Psychopathen, in Wirklichkeit aber eine Hebephrenie vorlag. Diagnostisch wichtig erwies sich in mehreren Fällen die subjektive Stellungnahme des Patienten zu dem Disziplinarverstoße, der den Anlaß zur Beobachtung gegeben hatte, so bei einzelnen wegen sonstiger Symptome als schizophren erkannten Patienten, von denen der eine, scheinbar nur ein reizbar verstimmter Psychopath, ohne berechtigten Anlaß einer Krankenschwester eine Ohrfeige gegegen hatte und nach Abklingen der Erregung ohne Einsicht, Scham und Reue war; der andere zunächst nur als neurasthenischer Zustand begutachtet,

indifferent affektlos und uneinsichtig gegenüber seinem Delikt (Wegbleiben von der Kompagnie und Herumbummeln in Berlin) sich erwies.

Einen Dementia-praecox-Fall von hysteriformem Gepräge sah auch Ritterhaus unmittelbar an der Front. Patient erkrankte nach einer Granatexplosion, nach welcher er zu Boden geschleudert, bis zur Nacht im feindlichen Feuer und zum Teil unter den Leichen seiner Kameraden liegen blieb, im Feldlazarett mit einem hysterieartigen Erregungs- und Verwirrtheitszustand, in dem er davonrannte und mit aufgespanntem Regenschirm im feindlichen Granatfeuer spazierte. Für den ganzen Zustand bestand nachher volle Einsicht, doch bot Patient später ein zum Teil ausgelassenes, zum Teil läppisches, zum Teil „fast katatonisches“ Verhalten.

Sommer erwähnt das Vorkommen kurzdauernder Erregungen schwerster Art mit katatonen Symptomen und guter Prognose, deren klinische Stellung besonders in der Richtung der hysterischen Zustände zu untersuchen sei.

Alkoholismus.

Rohde sah im Felde mehrfach Zeichen einer chronischen Alkoholintoxikation bei älteren Wehrmännern, die sich meist zuerst in morgendlichen Gereiztheitszuständen offenbarten. Steiner im Kriegslazarett zweimal alkoholische Störungen, darunter ein Abstinenzdelir bei einem Kranken, der aus der Heimat kam und dort viel getrunken hatte. Früheren ausgedehnten Alkoholmißbrauch konnte Ritterhaus meist bei den von ihm beobachteten alkoholischen Erkrankungen feststellen.

Bezüglich der Stellungnahme zum Alkoholgenuß im Felde ist bemerkenswert, daß Wittermann alkoholische Getränke an der Front trotz der bedenklichen Wirkung des Alkohols im Felde wegen der Bekämpfung von Ekel- und sonstigen Unlustgefühlen nicht für gut entbehrlich und Rohde sie als Prophylactikum gegen rheumatische Erkrankungen daselbst für wertvoll, aber auch für unbedenklich hält. Er hat nur sehr wenig Schädigungen durch Alkohol gesehen, auch kaum durch ihn hervorgerufene Achtungsverletzungen und selbst nicht mit zunehmender Kriegsdauer, die ja entschieden die Toleranz herabsetze.

Aus den Erfahrungen der Trinkerheilstätten in der Kriegszeit führt Kruse an, daß bei den meisten in dem fast ausnahmslos sehr starken Betriebe durch die Mobilmachung ein sofortiges Abebben oder eine gänzliche Stockung eintrat. Die wenigen späteren Aufnahmen betrafen zum Teil solche Fälle, wo die Kriegswirkungen den schon vorher Gefährdeten — Zivilisten und Militärpersonen — den letzten Halt genommen hatten. Erst in den letzten Monaten bemerkte man teilweise eine schwache Zunahme.

Bemerkt sei schließlich noch in diesem Zusammenhang, daß die verschiedensten Autoren auf Grund der Feldzugserfahrungen auf die durch überreiche Tabaksliebesgaben ermöglichten Nicotinschädigungen, speziell des Herzens, hinweisen. Rohde sah Fälle mit akuten Herzerscheinungen, auch nervöse Beschwerden und Durchfälle bei nervös Veranlagten, bei denen Nicotinaussetzung Heilung brachte.

Paralyse.

Die auch jetzt noch minimalen Mitteilungen über Paralyse im Kriege wirken einigermaßen überraschend, wenn man damit die große Rolle vergleicht, die in älteren Veröffentlichungen (z. B. bei E. Mendel, auch im Sanitätsbericht von 1870) dem Kriege für die Entstehung der Paralyse eingeräumt wird. Die sichere Erkennung des Leidens vor der Einstellung, sowie die größere Zurückhaltung in der Annahme kausaler Zusammenhänge mag den Gegensatz wenigstens zum Teil erklären. Ritterhaus sah im Kriegslazarett ausgesprochene Frühformen der Erkrankung, wie man sie im Frieden viel seltener wegen der geringeren Anforderungen des Lebens zu Gesicht bekomme. Bei diesen Paralysen standen neben den allgemeinen Zeichen der Neurasthenie körperliche Erscheinungen im Vordergrund, während die höheren psychischen Funktionen zunächst völlig intakt waren. Ritterhaus denkt bei diesem Vorwiegen der somatischen Störungen an die Möglichkeit einer Wirkung der körperlichen Kriegsstrapazen im Sinne der Edingerschen Aufbrauchstheorie.

Bei Steiners Kriegslazarettmaterial machten die luetischen Nervenkrankheiten 4,4% der Fälle aus, wobei anscheinend der Dienst in der Front wesentlich verschlimmernd gewirkt hatte.

Infektions- und sonstige symptomatische Psychosen.

Flusser sah unter 750 Kriegstyphuskranken 24 mal Psychosen, eine Zahl, die prozentualiter (3,2%) die im Frieden beobachteten (1%, Curschmann, 1,5—2,5%, Friedländer) wesentlich übersteigt und von Flusser auf die durch psychische Traumen im Kriege erfolgte Sensibilisierung des Nervensystems zurückgeführt wird. Da unter fast ebenso vielen Ruhrkranken, die meist das Bild schwerster Erschöpfung und Hinfälligkeit boten, überhaupt keine Psychose vorkam, so schließt Flusser daraus, daß es sich nicht um eine Erschöpfungspsychose, sondern um direkt durch das spezifische Virus bedingte Störungen handelt. Im übrigen wechselte die Zahl der Psychosen in den einzelnen Epidemien. Die meisten Fälle fanden sich bei sehr schwer verlaufenden Erkrankungen, fehlten aber auch bei leichten nicht ganz. Speziell die Kranken, die während des Fiebers bestimmte, meist vereinzelte Wahnideen äußerten (deren konfabulatorischer Inhalt sich meist wiederholte), boten auch während der Rekonvaleszenz Störungen des psychischen Verhaltens, indem sie an den Ideen noch festhielten. (Flusser faßt notabene unter Typhuspsychosen nur die Fälle, die Geistesstörungen nach Abklingen des Fiebers boten.) Dagegen waren die wirr und laut oder mussitierend Delirierenden in der großen Mehrzahl nach Fieberabfall schon während kurzer Remission frei. Auch die körperlich schwer Geschwächten zeigten nach Fieberabfall ein längere Zeit dauerndes abnormes psychisches Verhalten. Bei Rezidiven trat eine Psychose nur auf, wenn auch schon die erste Erkrankung von einer solchen gefolgt war. In keinem Falle war Belastung nachweisbar, in allen der Verlauf günstig. Die 24 Fälle, die Flusser einzeln aufführt, sehen recht verschieden aus, so daß es schwer hält, einen Überblick zu geben. Am häufigsten trat jedenfalls die

Konzeption der wahnhaften Vorstellungen mit auf den Krieg bezüglichen Größenideen während des Fiebers hervor (häufig nur eine einzige Wahnidee dieser Art). In einem Falle handelte es sich um einen epileptiformen Erregungszustand, in anderen stand Verwirrtheit mit stereotypen Konfabulationen resp. stereotypen Fluchtversuchen im Vordergrunde. Wieder andere zeigten krankhafte Verstimmung oder krankhaften Stimmungswechsel zugleich mit Anklängen an einen deliranten Zustand mit Erregung oder auch letzteres ausgesprochen. Einmal bestand auch Übergang von Depression zu Stumpfheit mit kindischem Wesen usw. Auffallend war in einer Anzahl von Fällen die mit besonderem Nachlasse der ethischen Gefühle (Diebstähle!) einhergehende Verstumpfung.

Steiner sah als Beginn eines Typhus ein stuporartiges Bild mit schwerer Hemmung, ein andermal ebenfalls zu Beginn des Typhus schwere hysterische Anfälle. Nicht selten beobachtete er übrigens Anfälle bei Hysterischen im Anschluß an die Typhusschutzimpfung.

Stertz führt recht verschiedenartige posttyphöse psychische und nervöse Störungen aus dem kaiserlichen Militärgenesungsheim Spaan. So bei einem Kranken, der schon während des Typhus Zeichen von Geistesstörung geboten hatte, ohne bekannte auslösende Ursache eine hysterische Pseudodemenz mit Andeutung von Pseudoflexibilität bei Fehlen einer organischen Erkrankung und hysterischer Stigmata. Er betrachtet den hysterischen Zustand als eine autosuggestive Verstärkung der so häufig in der Rekonvaleszenz empfundenen Vergeßlichkeit und Gedankenlosigkeit, eine hysterische Überlagerung organisch bedingter Störungen. — Des weiteren einen Stuporzustand, bei dem differentialdiagnostisch eine beginnende Hebephrenie oder aber — wegen einzelner Krankheitszüge, wie Vergeßlichkeit, Ermüdbarkeit, herabgesetzter Initiative u. dgl. — ein den posttyphösen neurasthenischen Erschöpfungszuständen entsprechender Zustand in Frage kam, indem bei dem an sich etwas stupiden und imbezillen Psychopathen eine verstärktere und auffallender sich kundgebende Reaktion auf die toxisch infektiöse Schädigung erfolgte. — Sodann ein hysterisches Krankheitsbild mit Zittererscheinungen, ähnlich dem gelegentlich bei Unfallhysterien zu beobachtenden, das sich aus dem bei Typhus und in dessen Rekonvaleszenz sehr häufigen Tremor bei einem offenbar disponierten Manne entwickelt hatte und sich bisher unbeeinflußbar erwies. — Ein posttyphöser neurasthenischer Zustand und zahlreiche Anfälle von Flimmerskotom mit rechtsseitiger Hemianopsie und nachfolgendem halbseitigen Kopfschmerz bei einem früher niemals ähnlich kranken Patienten. — Eine starke Neigung zu störenden Mitbewegungen bei einem schon vorher etwas nervösen Manne mit gleichzeitigen anderen funktionellen nervösen Erscheinungen. Stertz sieht in dem Symptom bei dem Fehlen aller organischen Krankheitszüge ein degeneratives Stigma, das sich nach dem Typhus dadurch verschlechterte, daß infolge der Krankheit Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, welche sonst die willkürliche Unterdrückung der Mitbewegungen ermöglichten, gesunken waren. — Und schließlich eine intermittierende Auffassungs- bzw. Hörstörung nach Typhus, die in Zeiten allgemeiner Ermattung und

stärkeren Hervortretens der zugleich bestehenden neurasthenischen Beschwerden zur Geltung kam. Stertz faßt sie als eine rein funktionelle Störung auf, die einer Kombination von neurasthenischen und psychogen-hysterischen Momenten ihre Entstehung verdanke. Die neurasthenische Komponente ist ohne weiteres klar: Eine in der Intensität schwankende Erschöpfung mit Herabsetzung der allgemeinen Erregbarkeitsschwelle für Sinneseindrücke (habituelles Herabsinken der Aufmerksamkeitsschwelle) gibt die Grundlage ab. Die hysterische erschließt Stertz aus dem Umstand, daß nur das Absinken der Perzeption für Gehörswahrnehmungen, vor allem für das Verständnis des Gesprochenen zur Beachtung gelange, in dem Maße, daß es dem Patienten geradezu als Schwerhörigkeit imponiere. — Sollte sich dieser Vorgang, speziell was das erschwerte Verstehen des Gesprochenen angeht, nicht auch ohne Heranziehung eines hysterischen Faktors einfach dadurch erklären lassen, daß die Auffassung des Gesprochenen, weil höhere Anforderungen an die perzeptive resp. apperzeptive Tätigkeit stellend, leichter und eher als die sonstige Sinneseindrucksverarbeitung leidet? Wer z. B. übermüdet in der Eisenbahn fährt, kann bald bemerken, daß er das Gespräch der neben ihm Sitzenden nicht mehr versteht, während er doch alle sonstigen äußeren Eindrücke noch ausreichend erfaßt.

Herschmann konnte unter 51 Cholerafällen dreimal das Auftreten von Geisteskrankheit feststellen. Ihm fiel in allen dreien eine starke Abhängigkeit von der Fieberkurve auf. Die Störung setzte jedesmal unmittelbar nach der Temperaturerhöhung ein und die psychische Norm kehrte bei dem einen, der genas, in dem Augenblick wieder, als das Fieber geschwunden war. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen bei allen dreien nächtliche Delirien mit optischen Halluzinationen und starker Angst. Für diese zum Teil ganz aufregenden Szenen bestand am nächsten Morgen keine oder nur sehr spärliche Erinnerung. Tagsüber waren die Kranken in leicht euphorischer Stimmungslage. Bei im ganzen intakter Orientierung war die Tendenz zum Vorbeireden in der sonst wohlgeordneten Konversation unverkennbar. — Die ausführlich wiedergegebenen Fälle sehen eigentlich recht different aus. Der erste erkrankte erst etwa 20 Tage nach Beginn der Choleraerkrankung nach bereits eingetretener Erholung unter Fiebererscheinungen, er zeigte abgesehen von den deliriösen Erscheinungen usw. Vorbeireden, Grimassieren und Tendenz zu raptusartigen Handlungen und kam mit dem Bilde eines terminalen akuten Delirs zum Exitus. Gegen Amentia führt Herschmann die „kolossale“ Armut an Halluzinationen und das Fehlen einer eigentlichen Orientierungsstörung an. Im zweiten Fall, der auch zum Exitus kam, wurde wegen der nächtlichen Delirien mit optischen Tier- und Bewegungshalluzinationen und dem starken Tremor von Händen und Zunge, an Delirium tremens gedacht. Der Dritte befand sich bereits in der Rekonvaleszenz, als die nächtlichen deliriösen Störungen auftraten. und wurde nach 6 Wochen geheilt entlassen. Herschmann nimmt eine toxische Verursachung an und spricht im übrigen von nosologisch schwer rubrizierbaren Bildern, die in der Hauptsache eine bemerkenswerte Übereinstimmung zeigten.

Erwähnt sei schließlich noch, daß Steiner bei einem nach schwerer Ruhrerkrankung zur Truppe Zurückgekehrten schwere körperliche Erschöpfung mit schwerer psychischer Depression sah.

Organisch-traumatische psychische Störungen.

Die allgemeinen psychischen Veränderungen bei Hirnverletzten mögen auch diesmal wieder wegen ihrer Bedeutung für die Frage der posttraumatischen geistigen Defekt- und postkommotionellen Schwächezustände sowie wegen ihrer Unterscheidung von den traumatischen Neurosen kurz Erwähnung finden. Sänger, der den raschen und vollkommenen Ausgleich der Herdsymptome nach Hirnschußverletzungen gerade bei Kriegsverletzten hervorhebt, wie sie sich aus der großen Restitutionskraft des jugendlichen rüstigen Gehirns ergeben, betont, daß die Allgemeinerscheinungen: rasche Ermüdbarkeit, Herabsetzung der Merkfähigkeit, psychische Reizbarkeit, Schwindel, Übererregbarkeit gegen Sinneseindrücke, Schlaflosigkeit und vor allem hartnäckiger Kopfschmerz oft die Wiederkehr der durch die Herdaffektion gesetzten motorischen Ausfallserscheinungen überdauere und die Patienten an der Arbeit wie überhaupt an irgendeiner Tätigkeit hindere. Auch Brodmann betont in Übereinstimmung mit Poppelreuters im vorigen Bericht zitierten Angaben die diffusen Dauerschädigungen bei Hirnverletzten, die für die Beurteilung der Felddienstfähigkeit schwer ins Gewicht fallen. Bezüglich der traumatischen Epilepsie weist er darauf hin, daß im Gegensatz zu den ersten Kriegsmonaten, wo die Aussichten hinsichtlich der Arbeits- und Dienstfähigkeit bei den frisch Verletzten günstig erschienen, sich jetzt an allen Erscheinungen epileptoider oder ausgesprochen epileptischer Art häuften, die die Prognose stark trübten.

Von psychischen Störungen im Gefolge bestimmter Hirnteilschädigungen werden besonders die bei Stirnhirnverletzungen herausgehoben. Brodmann, der für die neurotischen Erscheinungen die auffallende Geringfügigkeit der Symptomatologie bei diesen Verletzungen hervorhebt, beobachtete bei frischen Stirnhirnschüssen psychotische Zustandsbilder wechselnder Art: Bewußtseinstrübung aller Grade von einfacher Somnolenz bis zum tiefsten Koma, heftige delirante Erregungen, Stuporzustände; Bilder, wie sie aber auch ähnlich bei anderer Lokalisation der Schußverletzung des Gehirns vorkommen. In zwei Fällen wurde in den ersten Monaten das Bild akuter Verblödung vorgetäuscht. Einmal wurde ein wochenlang anhaltender moriaartiger Zustand mit läppischer Heiterkeit und Witzelsucht bei ausgedehnter Zertrümmerung des linken Stirnhirnlappens neben Sprach- und Schreibstörungen beobachtet (jetzt Defektzustand). In einem Falle von Durchschuß beider Stirnlappen bestand nach Abklingen der akuten traumatischen Wirkungen über viele Monate ein Zustandsbild mit vorwiegend psychomotorischen Störungen, ähnlich dem früher erwähnten von Kramer bei Stirnhirnschuß beschriebenen: Herabsetzung aller Spontaneität und akinetische Erstarrung abwechselnd mit triebartiger Bewegungsunruhe, motivloses Herum-

dämmern ohne Bewußtseinstrübung bei erhaltener Auffassung und Orientierung ohne Apraxie und Lähmung. Auf Aufforderung große Bewegungsverlangsamung mit Innervationsnachdauer, Wegfall aller spontanen sprachlichen Äußerung trotz normaler Sprachfähigkeit und ohne erhebliche Denkhemmung. Auch posttraumatische geistige Schwächezustände sind nach Brodmann nach Stirnhirnschüssen recht häufig, doch sei die Frage noch nicht entschieden, ob eine bleibende Intelligenzschwäche frontales Lokalsymptom sei oder durch die Hirnschädigung als solche auch bei anderem Sitz der Läsion in gleichem Grade vorkommen kann. Nicht selten seien auch Charakterveränderungen, insbesondere gesteigerte Affektivität, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, von denen sich aber ebenfalls nicht sagen läßt, ob sie nicht als Allgemeinsymptome der Hirnläsion aufzufassen seien.

Von Einzelfällen sah Henneberg nach doppelseitiger Stirnhirnschußverletzung eine sich später weitgehend zurückbildende akute Demenz sowie Störung des Gedächtnisses für komplizierte Bewegungen (Unfähigkeit zum Zeichnen von Figuren und komplizierten Dingen ohne aphatische Störungen), Schlesinger nach Schußverletzung in der Stirngegend mit Hirnprolaps einen hochgradigen vollkommenen retrograden Erinnerungsausfall für den fast einjährigen Aufenthalt im Felde und die sonstigen Kriegsereignisse. Der Patient war anfangs sehr apathisch, später teilnahmsvoller, zeigte keine hysterische Stigmata und keine sensorischen, motorischen oder aphatischen Symptome (vgl. Alzheimers Fälle im vorigen Bericht).

Umgekehrt — und wohl in einem gewissen Gegensatz zu einzelnen bei den psychogenen Störungen erwähnten Autoren weist Stern auf schwere funktionelle Störungen hin, die er als Begleiterscheinungen der Schädelschußverletzungen und überhaupt nach schweren Traumen sah, und die er (wie Pulslabilität, Hyperhidrosis, auch subfebrile Temperaturen usw.) nach Oppenheims Vorgange als neurasthenische auffaßt und der traumatischen Neurose zurechnet.

Krieg und Krankheitsgestaltung.

Ein interessantes Beispiel für die Symptomendeterminierung durch den Krieg bei bestehender Geisteskrankheit geben die Beobachtungen von Sokolow, wonach die bei einer Dementia paranoides experimentell hervorgerufenen Sinnestäuschungen die Weltereignisse des Krieges zum Inhalt hatten. Die Sympathien der Patientin (Schweizerin) für Deutschland, ihre Befürchtung, daß Italien Deutschland den Krieg erkläre, fanden in den Halluzinationen lebhaften Ausdruck. Oft war deren Inhalt mit dem der Zeitungen identisch, was Sokolow im Sinne einer Suggestion durch die Zeitungslektüre deutet.

Sommer fällt die Seltenheit eines chronischen Verfolgungswahns bei Kriegsteilnehmern auf (im Sinne der Nachstellung von feindlicher Seite), was im Gegensatz zu der objektiv im Kriege vorhandenen Gefahr und Verfolgung stehe. Er erklärt dies aus dem Wesen der Paranoia, bei der es sich

in der Hauptsache um einen endogenen Prozeß handele und nicht um die Reaktion auf äußere Verhältnisse. In der Regel lägen bei dem Verfolgungswahn der Kriegsteilnehmer episodische psychogene Erregungszustände mit paranoischer Färbung vor. — Ohne speziell den Krankheitstyp der Paranoia zur Erörterung zu stellen, wird man doch hinsichtlich der reinen Wahnpsychosen chronischen Verlaufs sagen können, daß bei ihnen unbeschadet der grundlegenden Bedeutung der psychischen Eigenart vielfach äußere Momente von starkem Gefühlswert, überwertige von außen angeregte Vorstellungskomplexe maßgebend für die Auslösung und den Inhalt der Wahnbildung wirken. Insofern könnte a priori die Kriegssituation einen geeigneten psychischen Reizfaktor im Sinne der Wahnbildung abgeben. Eine andere Frage wäre es dann freilich noch, ob etwa die besonderen Milieuverhältnisse des Krieges, bei denen es sich um eine allgemeine, allen gemeinsame Gefahr handelt, einer egozentrischen seelischen Einstellung, einer auf die eigne Person konzentrierten Verarbeitung im Sinne des Verfolgungswahns überhaupt günstig sind. Bei der allgemeinen Seltenheit dieser psychopathologischen Vorgänge kann jedenfalls ihre Seltenheit im Kriege auch nicht zu sehr überraschen. Auffallender könnte es schon erscheinen, daß man von solchen Wahnbildungen bei Kriegsgefangenen — entsprechend dem Verfolgungswahne der Häftlinge — so gar nichts hört.

Von einer durch Kriegseinflüsse hervorgerufenen und in ihrem Symptomeninhalt von ihnen beeinflußten psychischen Erkrankung einer ganzen Familie, Mutter mit zwei Töchtern, die anläßlich des Einfalls russischer Truppen ins Gebiet von Memel erfolgte, berichtet Meyer. Bei allen dreien lag das gleiche Krankheitsbild: traumhafte Bewußtseinstrübung mit sehr zahlreichen außerordentlich lebhaften Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, insbesondere vielfachen illusionären Ausdeutungen, Wahnideen, starker Angst und Erregung vor. Besonders bezeichnend war die eigenartige wahnhafte Verfälschung der gesamten Vorkommnisse mit allerlei Geheimnissen voll dunkler Andeutungen und Beziehungen, wobei die wahnhaften Andeutungen sich mit den Halluzinationen und Illusionen zu einem Wahnsystem zusammenschlossen, dem der Russeneinfall nach Memel Gepräge und Inhalt gab. In allen drei Fällen lag eine gewisse konstitutionelle Schwäche und Mangel an Widerstandskraft besonders des Nervensystems vor. (Mutter an Arteriosklerose, die eine Tochter an Basedow leidend, die andere mit psychischen Auffälligkeiten behaftet.) Die Krankheit entwickelte sich bei allen dreien anfangs in der Klinik noch weiter, Aufhellung und Krankheitseinsicht erfolgten allmählich. Bei der Mutter und der einen Tochter stand die Erschöpfung und die in ihr wurzelnden Symptome im Vordergrund, bei der zweiten Tochter manisch-rauschartige Züge mit starker Erregung. Im übrigen überwogen bei allen dreien die gemeinsamen Symptome. Meyer nimmt eine den symptomatischen psychotischen Prozessen vom Charakter der Halluzinose nahestehende Erkrankung an, hebt das Vorliegen einer gewissen körperlichen und geistigen Erschöpfung hervor und kommt zu dem Schluß, daß zwar keine eigentliche psychogene Störung im gewöhnlichen Sinne bestand, daß aber neben körperlichen psychische Ursachen den gleichen Effekt wie ein körperliches Leiden, eine

schwere Erschöpfung bedingt haben und als Symptom derselben eine psychische Störung, die den Bildern der sonst bei körperlichen Krankheiten beobachteten Psychosen entspricht. Im übrigen handele es sich um eine gleichzeitige und gleichartige Erkrankung der Familie, die durch wechselseitige psychische Infektion sich fortentwickelte.

An dem Geisteskrankenmaterial der Irrenanstalt Kreuzburg brachte die wegen des Vormarsches starker russischer Truppen erfolgte Räumung der Anstalt keine wesentlichen Änderungen im Krankheitsbilde hervor. Nur ein Zustand ängstlicher Depression, der bei zwei älteren weiblichen Kranken auftrat, konnte mit Wahrscheinlichkeit als Folge der mit der Räumung unvermeidlich verbundenen Erregung angesprochen werden.

Von zahlreichen Unfallverletzten, auch nervösen Rentenempfängern, die sich anscheinend auch ohne Nachteil an der Front befinden, berichtet Quensel, ebenso Rohde von einem typischen Unfallhystericus, der noch bei Beginn des Feldzugs 25% Rente bezog, den ganzen Feldzug bei allen enormen Anstrengungen tadellos aushielt, und dessen Zustand sich direkt besserte. Wenn er aus dieser Erfahrung schließt, daß man im Frieden mit der Beurteilung der funktionellen Unfallneurosen noch zu nachsichtig sei, so darf dem die entgegengesetzte Erfahrung Quensels entgegengehalten werden, wonach sich bei einigen seiner früheren Unfallpatienten nach der Einziehung im Anschluß an die Strapazen der ersten heißen Zeit sehr beträchtliche akute und völlig objektiv darstellbare Verschlimmerungen (speziell bei schweren Kopfverletzungen) einstellten.

Psychiatrisch-Forensisches und Gutachtliches.

Unter Weygandts begutachteten forensischen Fällen war ein Drittel bereits im Felde gewesen und zum Teil von dort überwiesen worden, die Mehrzahl freilich im Heimatsgebiet kriminell geworden. Nur für den kleineren Teil der Fälle (etwa 40%) ergab die Beobachtung die glatten Voraussetzungen des § 51 StGB., was für die Vorsicht der Kriegsgerichte spricht. Epilepsie war in 25% der Fälle in Form von halluzinatorischen Verwirrtheits- und Dämmerzuständen, in Kombination mit Schwachsinn usw. vertreten. Imbezillität kam mehrfach in verschiedener Intensität vor. Auf diese beiden Störungen sowie auf Alkoholeinfluß verteilte sich das nicht seltene Delikt der unerlaubten Entfernung. In einem Fall hatte sich unmittelbar an die Delikte ein schwerer Dämmerzustand angeschlossen. Die Entscheidung war schwierig in einem Fall, der auf vorgeschobenem Posten im Schützengraben geschlafen haben soll, doch ließ die klinische und psychologische Untersuchung wenigstens eine zu pathologischer Schlafsucht gesteigerte Ermüdbarkeit ausschließen. — Alkoholische Störungen kamen mehrfach zur Beobachtung, manchmal in ausgesprochen paranoider Form. Bei Widersetzlichkeiten gegen Vorgesetzte spielte Angetrunkensein besonders häufig eine Rolle. Vereinzelt kamen auch Paralyse, Hirnlues, Dementia praecox, traumatische Hysterie mit Dämmerzuständen, posttraumatische Neurasthenie vor.

Bratz erwähnt gelegentlich die ungeheure Zahl oft verhältnismäßig

harmloser und kurzdauernder Entfernungen vom Heere, die jetzt im Kriege zur psychiatrischen Begutachtung kämen, wobei es sich oft um leicht Nervöse handele, die die Unterlassung einer unbedachten Stunde aus Furcht vor Strafe nicht gleich den nächsten Tag wieder gutzumachen sich getrauten.

Die Einzelkasuistik bietet im allgemeinen nichts Bemerkenswertes. Rohde erwähnt den Fall eines aktiven Feldwebels, der den Befehl eines Vorgesetzten nicht befolgt, diesen in Gegenwart der Mannschaft des Diebstahls beschuldigt und auch sonstige mehr oder weniger grundlose Beschuldigungen vorgebracht hatte. Es handelte sich um einen charakterologisch-abnormen Menschen von hypoparanoischer Konstitution, bei dem schon nach geringem Alkoholgenuß eine gewisse Gereiztheit und Händelsucht hervortrat, und bei dem sich unter dem Einfluß chronischer Erschöpfung eine Erbitterung gegen den seine Eigenart anscheinend nicht genügend berücksichtigenden Vorgesetzten ausgebildet hatte, die im Anschluß an eine heftige Migräne und geringen Weingenuß dann zur Entladung führte. Raimann begutachtete einen psychopathisch veranlagten zu Depressionen geneigten 41jährigen Mann, der im Anschluß an die erfolgte Musterung in verzweiflungsvolle Gemütsverstimmung geriet und gemeinsam mit seiner ähnlich veranlagten Ehefrau beschloß, gemeinschaftlichen Selbstmord unter Mitnahme der Kinder zu verüben. Die Tat kostete der Frau und drei seiner Kinder das Leben, während er sich rettete.

Von Verfehlungen eines Homosexuellen unter Alkoholeinfluß berichtet Hirschfeld, ebenso Steiner von einem homosexuellen Offizier, der sich an Untergebenen vergangen und aus Angst vor Entdeckung schwer depressiv geworden war.

Der Anstaltsbericht Conradsteins führt den Fall eines wegen Ungehorsams vor versammelter Mannschaft begutachteten Landsturmmanns mit geistiger Minderwertigkeit an, die sich namentlich in großer Reizbarkeit, Jähzorn, einer gewissen Unbelehrbarkeit und hartnäckigen Rechthaberei, sowie Überempfindlichkeit gegen Alkohol äußerte. Fürnrohr erwähnt einen früheren Fremdenlegionär, der sich im Kriege ausgezeichnet und zuletzt im Felde im pathologischen Rausche einen Zusammenstoß mit einem Vorgesetzten hatte, sowie einen schon jahrelang halluzinatorisch kranken Ersatzreservisten, der die Gestellungsordre nicht befolgt hatte.

In der Beurteilung der Dienstfähigkeit, speziell der Grenzzustände stimmen die Autoren in Einzelheiten wohl nicht ganz überein, wie es bei der Verschiedenheit der Einzelerfahrungen und der verschiedenen Bewertung der Eigenart der Krankheitsformen und ihrer Reaktion auf äußere Schädlichkeiten naheliegend ist. Auf eingehende Aufzählungen (Weygandt, Sommer, Jolly u. a.) kann im Hinblick auf die ausführlicheren Auseinandersetzungen des letzten Berichts verzichtet werden. Jedenfalls ist wohl das Prinzip der absoluten Dienstunfähigkeit jedes psychisch Abnormen, dessen Revision Weygandt empfiehlt, nirgends mehr vertreten, und selbst die Autoren, die mit der Anerkennung der Felddienstfähigkeit bei psychisch-nervösen Unzulänglichkeiten ziemlich zurückhaltend sind, räumen wenigstens der bloßen Garnisondienstfähigkeit ein recht umfassendes Gebiet ein. Laudenheimer hält unter den Kriegspsychoneurosen die Prognose

bezüglich der Wiederherstellung der Felddienstfähigkeit bei den ängstlich-depressiven Konstitutionen für die ungünstigste, bei den einfachen Erschöpfungsneurasthenien für die günstigste.

Die Frage der Dienstbeschädigung, also eines ursächlichen Zusammenhangs des Leidens mit dem Kriege, konnte Ritterhaus bei ungefähr $^1/_5$ der Fälle der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Kriegslazaretts Brüssel bejahen. Als direkte Folgen von groben äußeren Verletzungen fanden sich unter ihnen dabei nur ganz wenige.

Die praktische Stellungnahme zu den Kriegstraumatikern wird im übrigen ähnlich wie die wissenschaftliche, wie naheliegend, durch die Erfahrungen an den Friedensunfallneurosen beeinflußt und bestimmt. Jolly empfiehlt aus therapeutischen Gründen bei den verschiedenen funktionellen Kriegsneurosen einmalige Kapitalabfindung, Mohr eine von Anfang an möglichst niedrige Ansetzung der Erwerbsbeschränkung, um einen Zwang zur Arbeit auszuüben, und Lewandowsky eine sehr geringe Ansetzung der Rente, da mit deren Größe der krankhafte Zustand unterhalten werde. Wenn Seelert bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit in diesen Fällen die lokalisierten Erscheinungen, weil sekundärer Natur, gegenüber der psychischen Verfassung, für so unwesentlich hält, daß er einen Kranken mit hysterischer Abasie trotz völligen Verlustes des Gehvermögens nicht für stärker erwerbsbeschränkt ansieht als einen mit einer hysterischen Anästhesie, so erscheint mir dies bei aller Anerkennung der Bedeutung des Grundmoments und des prinzipiellen Unterschieds gegenüber einer organischen Störung doch viel zu weitgehend und den praktischen Folgen nicht genügend angemessen.

Die Berichte des dritten Kriegshalbjahres enthalten nichts wesentlich Bemerkenswertes. Insbesondere läßt sich aus ihnen eine durch die lange Dauer des Krieges bedingte charakteristische Veränderung in Qualität oder Quantität der Störungen noch nicht herauserkennen. Eins wird man wohl ziemlich sicher annehmen dürfen: daß das für die Kriegsverhältnisse Bezeichnende und für den Zusammenhang mit den Feldzugseigenheiten Wesentliche im großen ganzen schon durch das bisherige Material gegeben und herausgeholt sein dürfte. Die zunehmende Dauer des Krieges gibt unvermeidlich soviel Zufälligkeiten Raum und führt weiterhin dem Heer so weitgehend ein psycho- und neuropathologisch nicht unberührtes und intaktes Material zu, daß in der Folgezeit die typischen Feldzugseinflüsse durch diese ganz andersartigen inneren und äußeren Momente leicht zurückgedrängt und verwischt werden können.

Gaupp nennt den Krieg — speziell auch in psychiatrischer Beziehung — den Lehrmeister aller Dinge. Die bisher gebotenen Kriegserfahrungen scheinen ihm — wenigstens soweit die eigentlichen Psychosen in Betracht kommen — vorerst nicht ganz recht zu geben.

Literaturverzeichnis.

Albu, Diskussion zum Vortrag Goldscheider.
Alexander, Psychogene Lähmung der linken Hand durch Kolbenschlag. Wissen-

schaftliche Abende der Miltärärzte der Garnison Ingolstadt vom 8. V. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 35.
Aschaffenburg, Über das Zusammenvorkommen organischer und nichtorganischer Nervenstörungen. Wandervers. d. südwestdeutschen Neurologen u. Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Ref. Archiv. f. Psych. **56**, H. 1. 1915.
Barth, Über organische und funktionelle Kehlkopfstörungen bei Kriegsverletzten. Sitzung d. Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 13. XII. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 1.
Bartels, Diskussion zum Vortrag Hoche usw., Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1. 1915.
Benedict, Die Epileptiker bei der Musterung. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 22.
Best, Über Nachtblindheit im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 33.
Beuttenmüller, Über Nachtblindheit im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 35.
Beyer, Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1, 1915.
Boas, Über Kriegskrankheiten der Zivilbevölkerung. Med. Klin. 1915, Nr. 51.
Bock, Augenärztliches aus dem Kriege. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 50.
Bonhöffer, Differentialdiagnose der Hysterie und psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klin. 1915, Nr. 32.
— Diskussion zum Vortrag Barth. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 1.
— Diskussion zum Vortrag Löwenstein. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 17.
Bresler, Die behauptete Zunahme geistiger Erkrankungen bei Beginn des Kriegs in der Zivilbevölkerung. Ergebnisse einer Umfrage. Psych.-neurol. Wochenschrift 1915, Nr. 29—32.
Brodmann, Zur Neurologie der Stirnhirnschüsse. Vortrag im medizinisch-naturwissenschaftlicher Verein Tübingen am 23. VI. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 33.
— Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1. 1915.
Brugsch, Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1915, Nr. 20.
Bunnemann, Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 23.
Cimbal, Zur Benennung nervöser Zustände im Gutachten. Neurol. Centralbl. 1915. Nr. 19.
Curschmann, Über einige seltene Formen der Migräne. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **54**, H.3/4. 1915.
Dinckler, Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1.
Ebeler, Krieg und Frauenklinik. Centralbl. f. Gynäkol. 1916, Nr. 1. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 6.
Everth, Von der Seele des Soldaten im Felde. Bemerkungen eines Kriegsteilnehmers. Jena, Diederichs 1915.
Feilchenfeld, Augenärztliche Tätigkeit im Kriege. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 49.
Flusser, Über Psychosen beim Kriegstyphus. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 39.
Freund, Strafvollzug und Krieg. Blätter f. Gefängniskunde **49**, H. 1. 1915.
Friedländer, Cerebellare Symptomenkomplexe durch Kriegsverletzungen. Neurologisches Centralbl. 1915, Nr. 21.
Fürnrohr, Krankenvorstellungen. Wissenschaftl. Abende der Garnison Ingolstadt am 5. VI. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 39.
Gaupp, Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Sitzung des medizin.-naturwissenschaftl. Vereins Tübingen vom 23. VI. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 33.
— Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1.
Goldscheider, Aufgaben und Probleme der inneren Medizin im Kriege. Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellsch. am 3. XI. 1915. Berliner klin. Wochenschrift 1915, Nr. 44/45.

Goldstein, Über den cerebellaren Symptomenkomplex in seiner Bedeutung für die Beurteilung von Schädelverletzungen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 42.

Gutzmann, Störungen der Stimme und Sprache. Kriegsärztl. Abende der Zehlendorfer Lazarette vom 20. X. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 53.

Hauptmann, Kriegsneurosen und traumatische Neurose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **39**, H. 1. 1916.

Hellpach, Lazarettdisziplin als Heilfaktor. Med. Klin. 1915, Nr. 44.

Henneberg, Über genuine Narkolepsie. Sitzung d. Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. vom 8. XI. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 23.

— Demonstration von Nervenkranken. Kriegsärztl. Abende der Zehlendorfer Lazarette vom 18. VIII. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 41.

Herschmann, Über drei Fälle von Geistesstörung nach Cholera asiatica. Der Militärarzt 1915, Nr. 22.

Hildebrandt, Zum Streit über die traumatische Neurose. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 19.

Hirschfeld, Aus der Kriegszeit. Vierteljahrsber. d. wissenschaftl.-humanitären Komitees während der Kriegszeit **15**, H. 1 u. ff. 1915.

— Frauen als Soldaten im Weltkriege, Vierteljahrsber. usw. **15**, H. 1 u. ff. 1915.

Hoche, Über Hysterie. 40. Wandervers. d. südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte vom 29. V. 1915 in Baden-Baden. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1915.

Hoffmann, Detonationslabyrinthosen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 37.

Jahresbericht, Ärztlicher der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Kreuzburg (Schles.) 1914. Ref. Psych.-neurol. Wochenschr. 1915, Nr. 33/34.

Jellinek, Zur militärärztlichen Konstatierung der Epilepsie. Wiener klin. Wochenschrift 1915, Nr. 38.

Jolly, Über die Dienstfähigkeit und Rentenfrage bei nervenerkrankten Soldaten. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 50.

Juliusburger, Zur Kenntnis der Kriegsneurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **38**, Nr. 5. 1915.

Killian, Diskussion zum Vortrag Barth. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 1.

Knauer, Über den Einfluß normaler Seelenvorgänge auf den arteriellen Blutdruck. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **30**, H. 4/5. 1916.

v. Krehl, Betrachtungen über die Einwirkungen des Kriegs auf unsern Organismus und seine Erkrankungen. Veröffentl. a. d. Gebiete d. Militärsanitätswesens, herausgegeben v. d. Medizinalabt. d. Kgl. Preuß. Kriegsministeriums. Berlin 1915, Nr. 64. (Ausführl. Besprechung s. auch Goldscheider, Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 39).

Kruse, Die Trinkerheilstätten in der Kriegszeit. Blätter f. praktische Trinkerfürsorge **3**, H. 8. 1915.

Laudenheimer, Die Anamnese der sog. Kriegspsychoneurosen. Vortrag i. d. Versamml. südwestdeutscher Neurologen u. Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 38.

Ledderhose, Vereinigung der kriegsärztlich beschäftigten Ärzte zu Straßburg. Sitzung am 27. IV. 1914. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 35.

Lewandowsky, Erfahrungen über die Behandlung nervenverletzter und nervenkranker Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 53.

Lilienstein, Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1.

Lipschütz, Über die sog. Blasenschwäche bei Soldaten (nach Beobachtungen in der Festung Przemysl). Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 35.

Löwenstein, Cerebellare Symptomenkomplexe bei Kriegsverletzungen. Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. vom 12. VII. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 17.

— Periphere Nervenläsion und Reflexlähmung nach Schrapnellverletzung. Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. vom 8. XI. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 2.

Mann, Über Granatexplosionsstörungen. Vortrag auf d. 40. Wandervers. südwestdeutscher Neurologen in Baden-Baden am 30. V. 1915. Med. Klin. 1915, Nr. 35, auch ref. Arch. f. Psych. **56**, H. 1.

—, L., Beobachtungen an Verletzungen peripherer Nerven. Vortrag auf d. 40. Wandervers. südwestdeutscher Neurologen in Baden-Baden am 30. V. 1915. Ref. Archiv f. Psych. **56**, H. 1.

— Funktionelle Störungen nach geringfügiger Schußverletzung resp. nach Typhus. Demonstration i. d. schles. Gesellsch. f. vaterländische Kultur, Breslau. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 41.

Mayer, Kriegsneurologische Erfahrungen. Med. Klin. 1915, Nr. 37.

Mayerhofer, Über das Muskelphänomen der Soldaten, d. i. die mechanische Übererregbarkeit der quergestreiften Muskulatur als Symptom der Erschöpfung. Med. Klin. 1916, Nr. 3.

Meyer, E., Funktionelle Nervenstörungen bei Kriegsteilnehmern nebst Bemerkungen zur traumatischen Neurose. Vortrag i. Verein f. wissenschaftl. Heilkunde Königsberg am 22. XI. 1915. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 51.

— Bemerkungen zur Differentialdiagnose der psychogenen Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der im Kriege beobachteten psychischen Störungen. Archiv. f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1915.

— Beitrag zur Kenntnis des Einflusses kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung und zu der der psychischen Infektion. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1915.

Semi Meyer, Kriegshysterie. Vortrag auf den kriegsärztl. Abenden der Festung Thorn. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 3.

Minde, Die zunehmende Verwahrlosung der Jugend. Deutsche Strafrechts-Ztg. 1915.

Mohr, Grundsätzliches zur Kriegsneurosenfrage. Vortrag a. d. kriegsärztl. Abenden Koblenz am 5. XI. 1915. Med. Klin. 1916, Nr. 4.

Morawczyk, Die Rolle des Krieges in der Ätiologie nervöser, insbesondere psychischer Störungen. Orvos Képzis 1915, Nr. 1—3. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 17.

Morris, Vom genesenden Soldaten. Therapie der Gegenwart 1915, Nr. 9. (Feuilletonistisch gehalten, psychologisch ganz interessant bezüglich Stimmung, Art des Zusammenlebens, kameradschaftlicher Neigungen und seelischer Bedürfnisse der kranken, genesenden und wiedergenesenen Soldaten.)

Nonne, Traumatische Neurose als Folgeerscheinung von Kriegsbeschädigungen. Vortrag i. d. Versamml. südwestdeutscher Psychiater u. Neurologen in Baden-Baden am 29. V. 1915. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. **56**, H. 1. 1915.

— Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Vortrag im ärztl. Verein Hamburg am 26. XI. 1915. Med. Klin. 1915, Nr. 51/52. Ausführl. Ref. auch Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 53.

Oppenheim, Ergebnisse der kriegsneurologischen Forschung. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 45.

— Über falsche Innervation (Innervationsentgleisung). Neurol. Centralbl. 1915. Nr. 21.

— Die Neurosen nach Kriegsverletzungen. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 21.

— Über Myotonoclonia trepidans. Med. Klin. 1915, Nr. 47.

— Diskussion zum Vortrag Barth. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 1.

Oppenheim-Nonne, Diskussion über die traumatische Neurose. Med. Klin. 1915, Nr. 33 u. 34.

Paul, Beobachtungen über Nachtblindheit im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 45.

Peiser, Gehörverletzungen im Stellungskriege und ihre Behandlung beim Truppenteil. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 2.

Peters, Vom Leben in der Front. Zeitschr. f. Politik **7**, H. 3/4. 1915.

Pick, Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiet der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Herausgegeben v. Bumke. 11. Bd, H. 15. 1916.

Pilcz, Zur Ätiologie und Behandlung der progressiven Paralyse nebst einigen kriegspsychiatrischen Erfahrungen. Vortrag a. d. feldärztl. Abenden in Teschen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 22.

Pöhlmann, Über Alopecia areata neurotica nach Schußverletzungen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 47.

Quensel, Jahresbericht über Bergmannswohl, Unfallnervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft 1914.

Raimann, Ein Fall von „Kriegspsychose". Fakultätsgutachten. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 2.

Resch, Geisteskrankheiten im Krieg. Vortrag a. militärärztl. Abenden d. Garnison Bayreuth am 19. II. 1915. Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. psychisch-gerichtl. Medizin 62, H. 2. 1915.

Reichmann, Klinische Beobachtungen an Schußverletzungen peripherer Nerven. Archiv f. Psych. u. Nervenheilkunde 56, H. 1. 1915.

Reuter, Psychische Geschoßwirkungen auf Tiere. Umschau 1916, Nr. 3 (auch in „Schuß und Waffe" 1914/15, Nr. 22 und 1915/16, Nr. 5).

Richter, Stoffwechsel und Nierenkrankheiten im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1915, Nr. 20.

Riese, Zwei Fälle von hysterischem Ödem. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. 56, H. 1. 1915.

Ritterhaus, Kriegsbeschädigung des Zentralnervensystems und soziale Fürsorge. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 36.

Roemheld, Zur militärärztlichen Beurteilung und Behandlung der Magendarmkrankheiten im Kriege. Vortrag a. d. kriegsärztl. Abenden in Stuttgart am 7. X. 1915. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 46.

Rohde, Neurologische Betrachtungen eines Truppenarztes im Felde. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, H. 5. 1915.

Rothacker, Einige Fälle von Hyperthyreoidismus, darunter drei von akutem Basedow bei Kriegsteilnehmern zur Stützung der neurogenen Entstehung dieser Krankheit. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 3.

Salzer, Augenheilkunde im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 4.

Sänger. Über die Arbeitsfähigkeit nach Schußverletzungen des Gehirns. Vortrag a. d. Jahresvers. d. südwestdeutschen Psychiater u. Neurologen in Baden-Baden Mai 1915. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. 56, H. 1. 1915.

— Asthma und Felddienstfähigkeit. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 51.

Sauer, Enuresis und Hypnose im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 3.

Schlesinger, Die Herzkrankheiten und Herzstörungen der Soldaten im Felde. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 42.

— Hochgradige retrograde Amnesie nach Gehirnverletzungen. Sitzung d. K. K. Gesellsch. d. Ärzte in Wien am 26. XI. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 1.

Schmidt, W., Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, H. 5. 1915.

Schlössmann. Über neuralgische Zustände nach Schußverletzungen der peripheren Nerven. Vortrag i. d. med.-naturwissenschaft. Verein Tübingen am 28. VII. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 33.

Scholz, Funktionelle Sprachlähmung im Felde. Med. Klin. 1915, Nr. 52.

Schultze, Diskussion zum Vortrag Westphal. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 52.

Schultzen, Diskussion zum Vortrag Goldscheider. Ref. Berliner klin. Wochenschrift 1915, Nr. 48.

Schuster, Kriegsneurologische Demonstrationen. Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. vom 8. XI. 1915. Ref. Neurol. Centralbl. 1915, Nr. 23.

Seelert, Über Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38, H. 6. 1915.

Sokolow, Weitere Experimente über die Auslösung der Gehörshalluzinationen durch periphere Reize. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 56, H. 1. 1916.

Sommer, Krieg und Seelenleben. Rektoratsrede vom 1. VII. 1915. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 39/40.
Spielmeyer, Zur Klinik und Anatomie der Nervenschußverletzungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **29**, H. 15. 1915.
Stähly, Sitzung der marineärztlichen Gesellschaft der Nordseestation im Festungslazarett Kaiserstr. Ref. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1915.
Stadelmann, Diskussion zum Vortrag Goldscheider. Ref. Berliner klin. Wochenschrift 1915, Nr. 48.
Steiner, Neurologisches und Psychiatrisches im Kriegslazarett. Vortrag im Straßburger ärztl. Verein am 1. VI. 1915. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **30**, H. 2/3. 1915.
Stern, Beobachtungen bei Schußverletzungen des Gehirns. Deutsche med. Wochenschr. 1915.
Stiefler-Volk, Störungen der Harnentleerung infolge von Erkältungen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 34.
Szaz, Über funktionelle Hörstörungen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 30.
Sztanojewits, Neurologisches während des Feldzugs. Feldärztl. Abende in Sokolow vom 19. VI. 1915. Med. Klin. 1915, Nr. 42.
Thost, Kriegsverletzungen auf dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Novemberheft 1915.
Travers, Der Krieg und die Kriminalität. Archiv f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik **62**, H. 3/4. 1915.
Uthoff, Kriegsophthalmologische Erfahrungen und Betrachtungen. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 1.
Weber, Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden vom 16. I. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 4.
Weil, Kriegsschädigungen der Ohren. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 48.
— Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1916.
Weintraud, Diskussion zum Vortrag Hoche usw. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1916.
Westphal, Hysterische Taubstummheit bei Kriegsteilnehmern. Sitzung d. niederrhein. Gesellsch. f. Natur u. Heilkunde in Bonn vom 25. X. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 52.
— Augensymptome bei traumatischer Hysterie. Sitzung d. niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn vom 14 VI. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1915. Nr. 40.
Weygandt, Kriegspsychiatrische Begutachtungen. Vortrag a. d. 40. Versamml. d. südwestdeutschen Neurologen u. Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 37.
Wittermann, Kriegspsychiatrische Erfahrungen aus der Front. Vortrag a. d. Versamml. d. südwestdeutschen Neurologen u. Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 34.
Wollenberg, Weitere Erfahrungen mit der Heilbeschäftigung nervenkranker Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 1.
— Über die Wirkungen der Granaterschütterung. Vortrag a. d. Versamml. d. südwestdeutschen Neurologen u. Psychiater in Baden-Baden am 29. V. 1915. Ref. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, H. 1. 1916.
Zülzer, Reizung des N. pudendus (Neuralgie), ein häufiges Blasenkatarrh vortäuschendes Krankheitsbild im Kriege. Berliner klin. Wochenschr. 1915. Nr. 49.

Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht

von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Vierte Zusammenstellung von Anfang Februar 1916 bis Ende Juli 1916.[1])

Inhaltsübersicht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Aus Dessoirs kriegspsychologischen Betrachtungen seien kurz einige Hinweise wiedergegeben: die psychologische Eigenart des Heeres als einer aus der gewöhnlichen Umgebung losgelösten und durch den Zweck einer neuen Ganzheit zusammengehaltenen, innerlich gefestigten neuen Gemeinschaft; die zu gewaltiger Steigerung der seelischen Energie und der Willensleistung führende Einstellung in den Dienst einer überpersönlichen Aufgabe; eine gewisse Primitivität des Lebens im Felde, ein Rückgang auf das Animalische und Ursprüngliche, wobei die Vielwendigkeit der nicht gebildeten Volksschichten sich meist geschickter zur Lösung praktischer Aufgaben erwies; neben dem Zurücktreten der

[1]) Vgl. diese Zeitschrift Ref. **11**, 321—369; **12**, 1—89 und 317—388.

geistigen und sonstigen Interessen eine besondere Erhöhung des inneren Menschen, eine Neubelebung des religiösen Sinnes, eine Erhebung ins Metaphysische, die — komplizierten psychologischen Ursprungs, — insbesondere aus der seelischen Erschütterung durch das Außergewöhnliche hervorging. Zur Erklärung des Mutes im Felde zieht Dessoir u. a. das Gefühl der Unabänderlichkeit, den Nachlaß des Selbsterhaltungstriebes und die Herabsetzung der Empfindungs- und Gefühlsschwelle in der Gefahrenzone heran und weist u. a. auf das eigenartige Verhalten von Verwundeten hin, die infolge einer falschen Wendung des Denkens, aus dem Gefühl heraus mit der Sache nichts mehr zu tun zu haben, nun achtlos und ohne Deckung zu suchen, sich vom Schlachtfelde fortbegeben.

Messer, der u. a. die Bedeutung des rein triebhaften sozusagen instinktiv unbewußten, mechanischen Handelns im Kampfe (z. B. beim Angriff der Trieb: nur vorwärts) hervorhebt, berichtet nach Selbstbeobachtungen eines psychologisch Geschulten über das recht zusammengesetzte seelische Erleben beim Stellungskampf, wo u. a. die Konzentration der Aufmerksamkeit auf einen engen Kreis des Gefechts, die zusammenhaltende, das Auseinanderfallen der Truppe verhindernde Wirkung bestimmter determinierender Tendenzen (der Vorsätze, Befehle usw.), eine eigenartige, qualvolle Spannung, ein mit Bildern und Vorstellungen des Kampferlebens zusammenhängendes Komplexgefühl eine Rolle spielen.

Hirschfeld hebt gewisse lustbetonte Erregungen und Anreize des Krieges hervor, die er — in der Sache wohl in mancher Hinsicht treffend, aber mit nicht ganz glücklicher, schlagwortartiger Benennung — im einzelnen als Heldenrausch, Abenteuerrausch, Wander-, Natur- und Freiheitsrausch, Gemeinschafts- und Verbrüderungsrausch, Kampfesrausch und Siegestrunkenheit, Eroberungs- und Beuterausch, Drang nach dem Ungewöhnlichen und Ungeheuerlichen, und — das Verbindende aller dieser „Ekstasen" — als Tatendrang und Tatenrausch kennzeichnet.

An den Beziehungen zwischen Krieg und Geschlechtskrankheiten interessieren vielleicht psychologisch Blumenfelds statistische Feststellungen aus einem österreichisch-ungarischen Reservespital, wonach die Verheirateten einen erheblichen Teil der Geschlechtskranken, anscheinend einen bedeutend höheren als sonst in Friedenszeiten bilden, die älteren Jahrgänge verhältnismäßig stärker als sonst unter den erkrankten Soldaten vertreten sind, auch ein Teil der ländlichen, bisher verschont gebliebenen Bevölkerung angesteckt wird und die Gelegenheitsprostitution einen sehr starken Anteil an dieser Verbreitung hat. Nach Finger machen die Ehemänner ein Drittel der Geschlechtskranken im Heere aus. Unter den Ursachen für diese Zunahme im Heere nennt Finger u. a. auch die geänderte Psychologie im Kriege, welche das „Carpe diem" nahelege. Für das Hinterland hebt er die Gefahr der Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei den anständigen Frauen (Ansteckung durch den beurlaubten Ehemann), bei jungen Burschen als Beute der Prostitution (infolge guten Verdienstes) hervor. Diese Zunahme der venerischen Erkrankungen der 15—18jährigen Männer sowie der Ehefrauen im Kriege wird auch von Stein statistisch

festgestellt. Erwähnt sei schließlich noch in diesem Zusammenhang Fingers Hinweis auf die Zahl der extragenitalen Primäraffekte, — auch deren Zunahme wird durch Steins Statistik bestätigt — die Zunahme der Vulvovaginitis kleiner Mädchen und die häufigere Beobachtung der zwei „nervösen Dermatosen“ Lichen ruber planus und Quinckesches Ödem.

Rupprecht konnte einen nachweislichen sittlichen Niedergang der weiblichen Bevölkerung im Kriege, so weit die Prostitution weiblicher Jugendlicher in Betracht kommt, aus den Erfahrungen am Münchner Jugendgericht nicht feststellen. Er bestätigt im übrigen für Bayern die nach anfänglichem Rückgang hervorgetretene Steigerung der Straffälligkeit der Jugendlichen bei gleichzeitiger starker Abnahme der der Erwachsenen, was allerdings am ausgesprochensten in München war.

Auf psychopathologische Erscheinungen in ursächlichem Zusammenhang mit der Nahrungsmittelversorgung im Kriege weist Gottstein hin. Er meint, Ausdehnung und Schwere dieser Krankheitserscheinungen seien für den objektiven Beobachter eines großen Materials bedauerlich hoch. Er betont das erhebliche Mißverhältnis zwischen subjektiven Klagen und objektiver Lage und hebt drei größere Symptomenkomplexe heraus: Einmal die Herabsetzung der Willenskraft und Schwächung der Neigung zur Selbsthilfe selbst gegenüber kleinen leicht zu behebenden Schwierigkeiten, sodann die Zunahme des psychopathischen Querulantentums mit entsprechendem Anwachsen der Beschwerden und schließlich einen gewissen Grad von „Verfolgungssucht“ mit Neigung zu Übertreibung von Berechtigtem und Unberechtigtem im wirtschaftlichen Leben und mit Tendenz zu kritikloser Hinnahme und vergrößerter Wiedergabe erhobener Anschuldigungen — Erscheinungen also, die zum Teil nicht viel anderes sind als die bekannten Äußerungen der Massenerregung mit ihrem gestörten Gleichgewicht zwischen Kritik und Gefühlseinflüssen, wenn auch vielleicht der besonderen Situation entsprechend eigenartig gefärbt.

Im Verwahrungshaus zu Göttingen haben die Kranken die durch die Kriegslage bedingten Beschränkungen der Beköstigung sowie in der Bewegungsfreiheit ohne stärkeres Widerstreben in Kauf genommen, wobei größtenteils sogar ein gewisses Verständnis für die ergriffenen Maßnahmen und großer Anteil an den Kriegsereignissen zu erkennen war. Bei zwei Kranken kam es sogar zu wesentlicher Ablenkung von den sie früher immer beherrschenden Wahnideen und dadurch zu einer nicht unwesentlichen Besserung.

Hirsch will eigenartige Änderungen der weiblichen Psyche unter den „Hammerschlägen“ des Krieges beobachtet haben. Eine paradoxe Gefühlsreaktion glaubt er in der Opferwilligkeit, der Bereitschaft zur freiwilligen Hergabe geliebter Menschen sehen zu müssen. Der dadurch erzeugte innere Konflikt führe zu nervösen Erregungszuständen und Depressionen bis zur Melancholie. Auch ausgesprochene geistige Störungen seien bei Frauen durch schwere und gehäufte Verluste verursacht worden. Die Abstinenz treibe viele Ehefrauen zur Selbstbefriedigung mit ihren

nervösen Folgen und wohl auch zu Perversionen. Auch qualvolle Vorstellungen von ehelicher Untreue des im Felde befindlichen Ehemannes kämen vor, die von einfachen eifersüchtigen Regungen bis zu ausgeprägtem Eifersuchtswahn gingen. Auch Wahrsagerei und Kartenlegerei sonst ehrbarer Frauen nimmt Hirsch als Folge der durch den Krieg erzeugten psychischen Abartung des Weibes an.

In Suckaus durch etwas auffällige Übereinstimmungen mit der hier gegebenen Darstellung erfreuenden Arbeit finden sich von Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege speziell Depressionen und Suicidversuche bei Hysterischen. Was sonst an Fällen — vorwiegend schizophrenen — angeführt wird, weist nur recht dürftige ätiologische, symptomatologische oder sonstige Beziehungen zum Kriege auf.

Von einzelnen psychologischen und psychopathologischen Erscheinungen beim Heere ist vielleicht noch erwähnenswert: Jellinek sah unter zahlreichen Kranken der Nervenabteilung eines Wiener Garnisonspitals nur 0,037% Fälle von Suicidversuch. Stiefler fand während der dreimonatigen Belagerung von Przemysl Furcht- und Angstgefühle bei neuropathischen Konstitutionen sehr häufig und am ausgesprochensten, während Schwachsinnige entsprechend ihrer affektiven Stumpfheit sich auffallend ruhig und gleichgültig, ja tapfer verhielten. Epstein beobachtete eine, infolge überspannter Aufmerksamkeitseinstellung wohl auf dem Boden der Erschöpfung aufgetretene und zum Beharren tendierende isolierte Illusion. Ein Landsturmmann hatte auf dem serbischen Kriegsschauplatze als nächtliche Wache an einer tatsächlich gar nicht existierenden Anhöhe feindliche Truppenansammlungen beobachtet und über diese ganz genau detaillierte Meldung erstattet, ja sogar über ihre Position eine Skizze angefertigt. Er hielt auch auf der Beobachtungsabteilung trotz Fehlens sonstiger psychotischer Züge und trotz Nachweis ihres illusionären Charakters daran fest. Epsteins weitere Beobachtung eines bis dahin unauffälligen akut psychotisch erkrankten Landwehroffiziers, der im dichtesten Kugelregen mit gezogenem Säbel auf den Feind zulief, wobei ihm zunächst die Mannschaft folgte, mag zur Charakteristik der Bedeutung psychischer Erkrankungen militärischer Vorgesetzter im Felde — meinetwegen auch zur psychologischen Kennzeichnung von Fällen plötzlichen Vorstürmens — noch angeführt werden.

Auf die allgemeine Bedeutung der Kriegsträume für die Psychologie des Traumes weist Sommer hin. In der Tat bietet ja der Krieg wie für sonstige psychische Erscheinungen so auch für den Traum und seine Beziehungen zu stark gefühlsbetonten Vorstellungskomplexen ein Massenexperiment größten Stils, und es wäre gewiß von Bedeutung in weitestem Umfange festzustellen, wie weit und in welcher Häufigkeit dieses Geschehnis von charakteristischem Inhalt und Affektcharakter im allgemeinen anstoßgebend für das Auftreten von Traumvorgängen wirkt und im speziellen Inhalt, emotionellen Untergrund und Richtung der Traumerlebnisse bestimmt. Bemerkenswert erscheint mir in dieser Hinsicht der Sommersche Hinweis auf das Vorkommen von Traumvorstellungen über Kriegsereignisse in Verbindung mit Verlegenheitssituationen. Sie dürften beweisen, daß

die Verlegenheitsaffekte so tiefwurzelnd und für den Traum so typisch sind, daß sie sich selbst gegenüber psychischen Einflüssen von stärkstem Affektwert in dieser von Kritik und Hemmungen befreiten ungebundenen Vorstellungsbewegung durchsetzen.

Auf Störungen des Erwachens (Desorientiertheit trotz bestehender Bewegungsfähigkeit), sowie Störungen beim Einschlafen (Phantasmien) weist Hübner hin.

Die spezifische psychische Begabung der großen Heerführer ist nach Ziehen eine recht zusammengesetzte und daher fast niemals erblich. Als ihre wesentlichen Komponenten nennt er von intellektuellen Faktoren reproduktive räumliche Phantasie und produktive Kombination, von emotionellen Zuversichtlichkeit (Selbst- und Glücksvertrauen) eine stark gefühlsbetonte wirksame Leitidee und extreme Beherrschung der Affekte und schließlich von Willensmomenten eine streng konsequente, doch nicht starre Energie. Erhebliche mathematische Begabung ist nach Ziehen — um dies noch gegenüber Sommer zu erwähnen — nicht Voraussetzung der strategischen und findet sich auch keineswegs stets bei großen Feldherren.

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Von statistischen Angaben liegen Zahlen über die Geisteskranken in der Zivilbevölkerung während der Kriegszeit vor. Nach Hoche ist im Großherzogtum Baden die Zahl der anstaltsbedürftigen geisteskranken Frauen im ersten Kriegsjahr (1915) gegenüber dem letzten Friedensjahr (1913) nicht gewachsen und die der Männer um ein Drittel geringer als im Frieden, was dem prozentualen Ausfall der im Felde Stehenden entspricht. Auch sonst ist bei einer großen Anzahl von Aufnahmeanstalten in Deutschland ein Drittel der männlichen Aufnahmen aus der Zivilbevölkerung ausgeblieben. Nach Suckau betrug die Aufnahmeziffer für die Frankfurter Irrenklinik im Kriegsjahr 1915 1595 einschließlich 481 geisteskranken Soldaten gegenüber einer Friedensjahresdurchschnittszahl von 1400 geistes- resp. nervenkranken Aufnahmen.

Ein bemerkenswerte ätiologisch-statistische Feststellung gibt ein Jahresbericht der Irrenanstalt Neustadt: Unter 54 männlichen und 28 weiblichen geisteskranken Aufnahmen des Jahres 1914, bei denen die Krankheitsursache festgestellt werden konnte (Gesamtaufnahmezahl 264) konnten bei nicht weniger als 26 Männern und 16 Frauen psychische Ursachen bzw. auslösende Momente infolge der Kriegsereignisse ermittelt werden. Sollte dieser ungewöhnlich hohe Prozentsatz wirklich allgemeine Gültigkeit haben und nicht vielmehr aus einer besonderen ätiologischen Auffassung des Berichterstatters sich erklären?

Systematische Untersuchungen über die im Laufe der Kriegszeit sich ergebenden Veränderungen in der Zusammensetzung des militärischen Nervenmaterials entsprechend den sonstigen während dieser Zeit erfolgenden veränderten inneren und äußeren Bedingungen (veränderte Heereszusammensetzung in bezug auf Alter, somatische wie psychisch nervöse Konstitution usw., Veränderungen in Qualität oder Inten-

sität oder Zusammenwirken der verschiedenen Kriegsschädlichkeiten [körperlicher Traumen, Erschöpfungseinflüsse, Kriegsmüdigkeit u. dgl.]) fehlen bisher. Nur ein paar allgemeine Hinweise lassen sich auffinden.

Jolly sah im Reservelazarett Nürnberg anfangs unter den nervösen Störungen nach Granatexplosionen nur psychogene Bilder, später fand er häufiger außerdem organische Symptome, ebenso waren anfangs epileptische Anfälle gegenüber den sehr häufigen hysterischen sehr selten: später dagegen kamen Epilepsien, genuine sowohl wie traumatische, oft zur Beobachtung. Die letztere Tatsache würde man in gewissen Zusammenhang mit der bereits früher erwähnten Brodmannschen Feststellung bringen können, wonach im Gegensatz zu der in den ersten Kriegsmonaten günstig erscheinenden Prognose der frisch Verletzten, sich später an vielen Erscheinungen epileptoider oder ausgesprochen epileptischer Art häuften. — Auch über die Beziehungen zwischen militärischer Stellung und Krankheitseigenheiten findet sich bis jetzt bis auf einige schon früher erwähnte Hinweise (prognostisch ungünstige Hysterien älterer bisher ungedienter Mannschaften — Gaupp; herzkranke Kriegsfreiwillige resp. Landsturm und Ersatzreservisten mit verschiedener psychogen bedingter Leistungs- und Widerstandsfähigkeit — Schlesinger; Vorwiegen neurasthenischer Störungen bei Vorgesetzten, lokalisierter hysterischer bei Mannschaften — Steiner u. dgl.) nichts ausreichendes. Jolly erwähnt unter den Neurosen der Besatzungsarmee, d. h. solcher die nicht im Felde gewesen sind, einesteils die von Beginn an nur Garnisonverwendungsfähigen, fast ausschließlich alte Neurastheniker und Hypochonder, dann Leute mit leichten Basedowerscheinungen, selten Hysterien; anderenteils frisch eingestellte ältere Jahrgänge, wo Leute aus Mangel an Neigung zu dem Militärleben und besonders dem Felde als Ursache des Leidens nicht ganz fehlten, öfter auch nicht erkannte Schwachsinnige mit mannigfachen nervösen Klagen.

Im Hinblick auf gewisse körperliche Grundlagen der psychisch-nervösen Störungen und etwaige, angeborene oder erworbene, somatisch dispositionelle Momente — Redlich-Karplus betonen wiederum in Übereinstimmung mit bereits früher genannten Autoren die Bedeutung einer schwächlichen Körperkonstitution sowie konstitutioneller (endokriner) Momente für die traumatischen Neurosen; Leppmann hebt, speziell den pathologischen Einfluß der schnellen Entfettung im Felde hervor — im Hinblick sage ich, auf solche nachweisbaren pathogenen Faktoren somatischer Natur gewinnen gewisse allgemeinpathologische, aus Obduktionen gewonnene Erfahrungen über die körperliche Konstitution des deutschen Soldaten und die unter dem Einfluß des Kriegslebens entstandenen körperlichen Organveränderungen eine gewisse Bedeutung. Rössle stellt als Typus des Mannes, den man aus dem Bewegungskrieg zu sehen bekommt, das fettlose, hagere, muskelkräftige, sozusagen „trockene“ Individuum hin. An den Körperorganen konnte er außer einer merklichen Veränderung eines dem Stoffwechsel dienenden Organs — relative Zunahme des Lebergewichts bei körperlich Angestrengten — eine als bestimmte Anpassung zu deutende Erscheinung normaler Art nicht feststellen. Eine Häufung pathologischer Befunde an inneren Organen

im Sinne der pathogenen Wirkung gleicher Schädlichkeiten, wie Unterernährung, Mangel bestimmter Nährstoffe, Abkühlung, Aufregungen haben sich vorläufig der Beobachtung nicht aufgedrängt. Die erethischen Menschen Neurastheniker, Neuropathen, scheinen nach Rössle auch im Kriege frühzeitige Fleckung der Herzkranzgefäße vermehrt aufzuweisen. Im übrigen bestand — von den älteren und jüngeren Kriegsfreiwilligen abgesehen — das ursprüngliche Soldatenmaterial aus hervorragend gesunden Männern.

In diesem Zusammenhang ist vielleicht auch Weygandts Hinweis beachtenswert auf die außerordentliche Leistungs- und Widerstandsfähigkeit der höheren Führer während des ungemein verantwortungsvollen Dienstes in der langen Kriegszeit, Männer, die doch z. T. in der zweiten Hälfte des siebenten Lebensjahrzehntes und darüber stehen. Man wird dabei allerdings nicht vergessen dürfen, daß hier eine ungewöhnliche Auslese vorliegt.

Von nationalen und sonstigen im Felde hervortretenden individuellen psychologischen Differenzen sei erwähnt, daß Jellinek bei den Kriegsneurosen Stimmung und psychisches Verhalten nach Rasse, Temperament und Erziehung wechselnd fand. Zwischen Land- und Stadtbevölkerung resp. Angehörigen der Intelligenzkreise oder Industriearbeitern und ländlicher Bevölkerung konnte er keinen Unterschied feststellen. Bemerkenswerterweise stellten bestimmte Teile von den Völkerschaften Österreich-Ungarns mehrfach Simulanten. Bonhöffer hebt auf Grund von Frontbeobachtungen die starke Wehleidigkeit verwundet eingelieferter Franzosen und besonders Afrikaner im Gegensatz zur Haltung deutscher Verwundeter hervor.

Stelzner glaubt bei Soldaten moslemisch-bosnischer Herkunft, die sie den „Naturvölkern“ zurechnet, eine durch Heimweh ausgelöste Lethargie als Ausdruck einer nationalen psychopathischen Konstitution, als beinahe physiologischen rassemäßigen psychotischen Zustand ansprechen zu dürfen. Dieser Seelenzustand, der sich im Lazarett in tagelangem Verharren in derselben körperlichen Haltung, in Abneigung das Bett zu verlassen u. dgl. kundgab, machte sie wohl unerschrocken vor der Front, aber auch widerstandslos gegen alle körperlichen Schädigungen und ging verschiedentlich mit Suicidneigung einher.

Erwähnung verdient schließlich noch im Hinblick auf die pathognomonisch und wohl auch pathogenetisch wichtigen Initialerscheinungen der Neurosen nach Kriegstraumen, insbesondere nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen, die aus dem Felde gewonnene Charakteristik des Shocks.

Thannhauser stellt auf Grund von Erfahrungen bei Kriegsverwundeten Shock und Kollaps als traumatische Gefäßkrisen zusammen. Den Shock faßt er als Krampfstadium — er konnte bei diesen Verwundeten niemals erniedrigten Blutdruck feststellen, — den Kollaps als Erschlaffungszustand der Phase auf. In der Ohnmacht sieht er eine psychogene sich rasch wieder ausgleichende Gefäßverengerung. Auch die Hirnerschütterung glaubt er dem Shock sehr verwandt. Hier bestände Reflexkrampf der peripheren Arterien, dort der Gehirnarterien (daneben

allerdings dann noch komplikatorische Veränderungen des Schädeldachs oder -inhalts). Bei Shock und Kollaps sei das Sensorium frei im Gegensatz zur tiefen Benommenheit bei der Commotio cerebri. Der sog. Nervenshock habe ätiologisch mit dem Shock der Verwundeten nichts zu tun, er sei psychotraumatisch bedingt. Eine erethische Form des Shocks mit Aufregungszuständen und Wahnvorstellungen konnte Thannhauser niemals beobachten. Entweder handelte es sich um wirklichen Shock mit blasser, kühler Haut, verfallenem Aussehen und allgemeiner Niedergeschlagenheit oder um einen ganz andersartigen Zustand, einen Erschöpfungszustand.

Speziell der „Nervenshock“ ist es wohl, den Erlenmeyer bei seiner Kennzeichnung des „echten Kriegsshocks“ im Auge hat. Er sieht in ihm die Folge eines mit äußerster Heftigkeit und Raschheit zur Wirkung gekommenen psychischen Traumas. Was er meint, würde also im wesentlichen den akuten psychogenen Störungen von schreck-psychoneurotischem Charakter entsprechen, und gehört damit eigentlich in ein späteres Kapitel. Nach Erlenmeyers Erfahrungen als Truppenarzt im Felde spielen für das Auftreten dieses Kriegsshocks entsprechend seinem psychogenen Ursprung die Begleitumstände bei einer Verwundung eine größere Rolle als diese selbst, daher einfache Gewehrverletzungen selbst schwerer Art im Gegensatz zu den Minenschädigungen mit selbst nur ganz geringen Hautverletzungen nur selten stärkeren Shock hervorrufen. Auch bekäme man beim Bewegungskrieg, wo der einzelne aus starker Gefühlserregung herausgerissen werde und zudem meist erschöpfter sei, schwerere Shockwirkungen zu sehen als im Stellungskrieg mit seiner mehr gleichmäßigen Gefühlslage (ein Standpunkt, der sich wohl nicht mit sonstigen Erfahrungen völlig deckt).

Für die Symptomatologie dieses Kriegsshocks im allgemeinen nimmt Erlenmeyer einen ganz bestimmt umgrenzten Erscheinungskomplex, und zwar einen psycho-vasomotorischen in Anspruch. Von Einzelsymptomen nennt er in psychischer Hinsicht Bewußtseinstrübungen aller Grade, die in der Intensität wohl der Schwere des Shocks entsprechen und häufig im Laufe der ersten Stunde noch zunahmen. Den Inhalt des Bewußtseins bilde die Verwundung selbst, höchstens sonst noch Erlebnisse aus der Zeit kurz vorher. Diese werden dabei oft mit erstaunlicher Objektivität in ihren nahen und fernen Beziehungen erkannt, ebenso wie die augenblickliche Lebensgefahr und die späteren Heilungsaussichten mit kalter Ruhe erörtert werden. Die „Intelligenz“ (intellektuellen Funktionen? Ref.) scheine keine Einbuße zu erleiden, dagegen erfahre sowohl Willens- wie Affektsphäre eine allgemeine Dämpfung. Der Affekt entspreche, zumal in den ersten Stunden, wohl nie der tatsächlichen Lage. Er werde im übrigen anscheinend mehr durch Vorstellungen vom fremden als eignen Leid in Bewegung gehalten. Leichte Erregungszustände seien ziemlich selten. Depressionszustände finden sich angedeutet im Erschöpfungsstadium nach Nachlaß der ersten Erregung. Dieses Erschöpfungsstadium könne sich bis zur völligen körperlichen und seelischen Apathie steigern, so daß diese Shockkranken den Ausgebluteten bis zum Verwechseln ähneln. Die Schmerzempfindung sei anfangs häufig herabgesetzt. Von vasomotorischen Störungen

seien Kühle und Blässe der Haut die Regel, doch komme gelegentlich bei psychischer und körperlicher Erregung auch lebhafte Hautrötung vor. In pathogenetischer Hinsicht handele es sich bei diesem Shock um einen Lähmungsvorgang im Zentralnervensystem, der in der Körpersphäre als Lähmung im Splanchnicusgebiet zur Wirkung komme (eine Auffassung, mit der Erlenmeyer auch theoretisch den Nervenshock von Thannhausers Shock der Verwundeten trennt).

Doch kommt es hier im Grunde nicht auf den theoretischen Standpunkt an. Das Wesentliche ist, daß hier als psychogen-schreckneurotisches Phänomen ein circumscripter psychovasomotorischer Symptomenkomplex herausgehoben und umgrenzt und in Beziehung zu bestimmten psychogenen seelischen Störungen gesetzt wird. Bedenklich erscheint mir nur das Hineinbringen einer besonderen Erschöpfungsphase. Im übrigen scheint Erlenmeyer selbst bald wieder die festzuhaltenden Grenzen und Differenzen zu verwischen, indem er neben dieser akuten Shockform noch eine chronische, durch langdauernde, von bestimmten Körperstellen (großen Nervenstämmen, Periost) ausgehende Schmerzreize verursachte, anerkennt, vor allem aber auch noch den Shock beim Bauchschuß seinem akuten Shock zurechnet. Er wirft damit doch wohl physiologisch-reflektorische Reaktionen mit psychischen Schreckreaktionen zusammen.

Von allgemeinen Granatfernwirkungen macht Jolly ähnlich wie Wittermann auf die anfänglich einschläfernden Folgen aufmerksam. Es treten Ermüdung, Apathie, Verlust der Fähigkeit zur Zeitabschätzung, Verfall in tiefen Schlaf ein, denen später bei dauernd erhöhter Spannung des Nervensystems dauernde leichte Erregtheit und Schreckhaftigkeit nachfolge. Zahn hebt als Folgen körperlicher und seelischer Erschütterung im Felde bei psychisch Intakten Erscheinungen heraus, die er von den bekannten psychogenen Krankheitsbildern der psychopathischen Konstitutionen trennt: Untersuchungen unmittelbar nach einem Sturmangriff, Verschüttung, schwerer Beschießung ergaben entweder schlaffe oder hochgradig erregte Herzen, völlige körperliche wie seelische Erschöpfung oder hypomanische Erregungszustände.

Die im Kriege allenthalben hervorgetretene und ja schon allgemein zur Genüge anerkannte ungemeine menschliche Resistenzfähigkeit gegenüber psychischen und physischen Erschütterungen — unter vielen Tausenden im ersten Kriegsjahr dem Warschauer städtischen Lazarett zugeströmten, in der großen Mehrzahl beinahe unmittelbar vom Kriegsplatz der russischen Front kommenden erkrankten Soldaten (darunter Verwundete, innerlich Kranke, mit Gasdämpfen Vergiftete) fanden sich nur 0,3% mit psychischen Erscheinungen Behaftete (!) — gibt Orlowski den Anlaß, den Schutzmechanismen der menschlichen Psyche nachzugehen. Als solche Schutzvorrichtungen spricht er im wesentlichen den in schwierigen Situationen plötzlich erfolgenden Bewußtseinsverlust an, die Absperrung des Bewußtseins von der äußeren Welt und ihren seelischen Noxen, sodann die in bedrohlichen Lagen auftretende Emotionslähmung und -hemmung mit gleichzeitigem Erhaltensein der intellektuellen Funktionen, wodurch präzise Wahrnehmung ohne störende subjektive Begleit-

erscheinungen ermöglicht werde und die unerträglichsten äußeren Bedingungen einen emotionslos lassen, und schließlich die Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, wobei die Psyche unter dem Einfluß des Shocks durch eine Aufmerksamkeitsstörung sämtliche Unlustgefühle vom Bewußtsein abzusperren vermöge.

Daß solche biologischen Gesichtspunkte einem durch die Kriegserfahrungen mehr oder weniger nahegelegt werden und auch an sich nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen sind, wird zuzugeben sein. Die Existenz und Wirksamkeit besonderer Schutzvorrichtungen erscheint nicht nur für durchschnittliche Lebensbedingungen, sondern auch für Ausnahmeverhältnisse, für lebens- und gesundheitsbedrohende Lagen sehr wohl denkbar. Immerhin ist nicht so leicht zu sagen, welche Erscheinungen man unbedenklich in diesem Sinne deuten darf, und es darf auch nicht übersehen werden, daß zumal pathologische Syndrome, die auf der einen Seite so deutbar sind, oft genug auf der anderen dieses Schutzcharakters durchaus ermangeln, wie beispielsweise auch Orlowski selbst zugeben muß, daß die plötzliche Bewußtseinsausschaltung den psychisch funktionell gelähmten Körper den äußeren Ereignissen schutzlos überläßt. Ähnlich steht es aber auch mit anderen in lebensgefährdenden Situationen auftretenden psychischen resp. psychotischen Reaktionen, mit den Verwirrtheits- und Dissoziationszuständen, den über die physiologische Fassungs- und Ratlosigkeit hinausgehenden psychischen Desequilibrationszuständen. die zumeist jede Zweckmäßigkeit in dem genannten biologischen Sinne vermissen lassen und eben nur einfach als Funktionsstörungen infolge starken Affektshocks gelten können. Vorderhand wird man also als einwandfreie seelische Schutzvorrichtung kaum viel mehr als jene einfache Tatsache anerkennen können, daß der emotionelle Ausschlag auf psychische Anstöße sich innerhalb gewisser Grenzen zu halten pflegt und die emotionelle Rückwirkung auf psychische Reize nicht in dem gleichen funktionsbeeinträchtigenden Maße zu wachsen pflegt, wie die Stärke der äußeren Erschütterung.

Die einzelnen Krankheitsformen.

Das Erscheinen einiger umfassenderer Bearbeitungen der Kriegsneurosen (Oppenheim, Jolly u. a.) legen auch für diesen Überblick ein weiteres Ausholen nahe, wobei es freilich nicht ohne einige Selbstverständlichkeiten abgeht.

Eigentümlicherweise findet sich in den verschiedensten dieser Arbeiten, die von den Kriegserfahrungen her das Neurosengebiet auszubauen und zu klären suchen, der Begriff der Neurose selbst durchaus nicht immer so scharf und prägnant gefaßt, wie es im Interesse einer eindeutigen pathologischen Auffassung und grundlegenden klinischen Typenbildung erforderlich ist. Mit Vorliebe wird dabei an feinere organische Veränderungen, Zwischenglieder zwischen organischen und funktionellen, gedacht, so etwa wenn Marburg bei seinen Erschütterungsneurosen eine geringfügige anatomische Basis annimmt, und wenn Nägeli — er übrigens nicht allein — in einem Zusammenhang, in dem es ganz gewiß auf die klare Aufrechterhaltung der Grenzen ankommt, von „organischen Kommotionsneurosen“

spricht, so scheint mir das zum mindesten reichlich mißverständlich[1]). Strümpell stellt sich in der Auffassung des Neurosebegriffs auf seiten derer, die den Nachweis organischer Veränderungen, die „anatomische Definierbarkeit“ als Entscheidungsmerkmal des Organischen gegenüber dem Funktionellen ansehen. Organische und funktionelle Störungen sind für ihn, wie für so viele andere, keine grundsätzlich vollkommen getrennte Krankheitsformen, und er läßt beispielsweise die Epilepsie so lange als funktionelle Erkrankung gelten, als sie nicht zu dauernden Ausfallserscheinungen geführt hat.

Sollte es nun aber nicht doch im Interesse wissenschaftlicher Klarheit liegen, wenn man nach einer schärferen und vor allem sichereren Grenze zwischen organisch und funktionell suchte, die nicht einfach von dem jeweiligen Stand unserer pathologisch-anatomischen Kenntnisse abhängt und mit dem Wissen um die anatomische Grundlage des Einzelfalls variiert, und sollte es nicht auch möglich sein, eine solche scharfe Schnittlinie zu finden, wenn anders die Trennung zwischen Organischem und Funktionellem und damit die Sonderstellung der Neurosen überhaupt einen tieferen Sinn und wirklichen Wert haben soll? Enthält nicht der Ausdruck „funktionell“ an sich schon eine Kennzeichnung, die sich für eine grundsätzliche Gegenüberstellung verwerten läßt? Kann man nicht als funktionell im eigentlichsten Sinne des Wortes solche pathologischen Vorgänge und Krankheitsformen ansprechen, die so weitgehende Übereinstimmung mit den physiologischen, den natürlichen Funktionsvorgängen aufweisen, daß bei ihnen gewebliche Veränderungen nach Art der organischen grundsätzlich nicht in Frage kommen können?

Als solche Krankheitstypen, die ihrem Wesen nach prinzipiell unorganischer Natur, gar nicht anders als funktionell sein können — ganz gleich welches der Stand unseres Wissens von den Vorgängen im Nervengewebe bei den verschiedensten Prozessen ist —, als solche unbedingt und „exquisit“ funktionelle Krankheitsform stellt sich z. B. ohne weiteres die Hysterie dar, wie schon ihr abnorm leichter, abnorm schneller und abnorm weitgehender Übergang vom Normalen ins Anomale und zurück beweist, stellen sich auch gewisse psychogene psychische Störungen dar, deren Krankheitserscheinungen sich durchaus psychologisch nach Art normalpsychischer Vorgänge, wenn auch in pathologischer Richtung, bewegen und entwickeln. Nimmt man, wie ich meine, mit gutem Recht, von hier das Trennungsprinzip für funktionell und organisch, so wird damit eine

---

[1]) Wie ich gerade noch bei der Korrektur aus einer Arbeit von Horn („Über Symptomatologie und Prognose der cerebralen Kommotionsneurosen“, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 34, 206. 1916) ersehe, sind die als Sondergruppe der Unfallneurosen (traumatischen Neurosen) im weiteren Sinne anzuerkennenden Kommotionsneurosen (cerebralen Typs) dadurch gekennzeichnet, daß sie „pathologisch-anatomisch zum großen Teil auf mehr oder weniger stark ausgeprägten organischen Schädigungen des Gehirns“ beruhen, klinisch aber in der Regel einen „funktionell-nervösen Eindruck“ machen. Diese Auffassung dürfte wohl ungefähr auch den oben angedeuteten entsprechen. Den funktionell-nervösen Eindruck auf organischer Grundlage als Kennzeichen einer Neurose zu nehmen, erscheint mir doch recht bedenklich.

reinliche Scheidung erreicht. So manches freilich, was jetzt noch, weil vorläufig ohne anatomischen Befund (also etwa die leichteren Nervenstörungen mechanischer, toxischer und ähnlicher exogener Genese) als funktionell gilt — und im übrigen auch vieles, was in diesen Berichten dem allgemeinen Herkommen gemäß den Neurosen zugesellt ist — wird damit aus dem Bereich des echt Funktionellen verwiesen, wie dessen Gebiet damit überhaupt eine wesentliche — aber doch wohl nützliche — Einengung erfährt.

Ob übrigens die vorzugsweise durch mechanische Erschütterungen bedingte traumatische Neurose Oppenheims als funktionell in diesem eigentlichen und engeren Sinne zu denken ist, erscheint mir nach der Oppenheimschen Auseinandersetzung nicht ganz klar, immerhin läßt sich manches (Innervationsentgleisung, amnestischer Bewegungsausfall u. dgl.) zum mindesten in diesem Sinne deuten. Im allgemeinen scheint man sie sich freilich als funktionell höchstens nur im Sinne der Kommotionsneurose vorzustellen.

Daß im übrigen die wissenschaftliche Verarbeitung der Kriegserfahrungen auf diesem Gebiete über die einfache Bestätigung des bereits Feststehenden und Anerkannten hinaus zu veränderter klinischer Stellungnahme gegenüber den einzelnen Krankheitstypen neigt, ist ebenso naheliegend wie berechtigt, da naturgemäß bekannte Erscheinungen, unter neuen besonderen Bedingungen dargeboten, wie hier die Neurosen unter Kriegseinflüssen, sehr wohl neuartige Gesichtspunkte für die Auffassung und Gruppierung ergeben können. So machen sich denn auch mannigfache Tendenzen einer klinischen Umarbeitung verschiedentlich geltend, und zwar sowohl solche, die auf eine Einengung der bestehenden Krankheitstypen und Ausscheidung resp. Aufstellung neuer hinstreben, wie solche, die einer Erweiterung der anerkannten Formen und Verwischung ihrer Grenzen gegenüber den Nachbargebieten zuneigen.

Ob nun gerade die Kriegsneurosen das geeignete wissenschaftliche Material für die Lösung klinischer Fragen speziell im Gebiete der klinischen Gruppenbildung abgeben, war schon in der Einleitung zu diesen Berichten von den besonderen Bedingungen, unter denen es dargeboten wird, von der Einfachheit und Übersichtlichkeit der Zusammenhänge abhängig gemacht. Daß sich in dieser Hinsicht recht erhebliche Schwierigkeiten ergeben können, zeigt sich bereits an der Neurose, an der sich die eine der genannten Tendenzen, die zur Erweiterung des Rahmens der Krankheitsformen und Verwischung ihrer Grenzen, in den Kriegsarbeiten besonders geltend macht, die Neurasthenie.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände.

Die Berechtigung zur Änderung von Umfang und Grenzen des Neurastheniegebiets läßt sich naturgemäß nicht prüfen, ohne daß vorher erst einmal eine Einigung über den unter dieser Bezeichnung zu fassenden Wesenstyp erzielt ist. Nun werden wohl ziemlich allgemein als neurasthenische die auf dem Boden der Erschöpfung des Nervensystems sich erhebenden und durch Erschöpfungseinflüsse als spezifische Ursachen herbei-

geführten Störungen anerkannt[1]). Diese Kennzeichnung gibt einen genügend scharf geprägten und umgrenzten Wesenstyp mit eindeutiger Ätiologie und pathologischer Grundlage und für die praktische Unterscheidung von andern Krankheitsformen ausreichender Eigenart. Dabei bleibt es für die Anerkennung dieses Sondertyps ganz ohne Belang, ob diese bei vorher gesunden Vollwertigen auftretenden Störungen nun häufig oder selten vorkommen und ob die ihnen eigenen Erschöpfungssymptome besondere, sie von andersgearteten und -bedingten ohne weiteres unterscheidende äußere Merkmale aufweisen oder nicht.

Welche Schwierigkeiten nun bei dieser an sich einfachen und einwandfreien Fassung des Neurasthenietyps das Kriegsneurosenmaterial der sichern Erfassung im Einzelfall ebenso wie der grundsätzlichen Verwertung für Fragen der klinischen Typenbildung durch die verschiedensten Momente entgegenstellt, war größtenteils schon früher angedeutet worden, wo die geringe Spezifität der neurasthenischen Krankheitszeichen, die Ähnlichkeit in der Färbung, welche die psychoneurotischen Symptome unter ähnlichen äußeren Bedingungen überhaupt zu bekommen pflegen, die häufige und enge Verquickung neurasthenischer Erscheinungen mit andersartigen neurotischen Symptomen und Krankheitsbildern (psychogenen, konstitutionell nervösen, allgemein asthenischen usw.), das Auftreten der verschiedenartigsten Störungen (hysterischen usw.) auf einem allgemeinen Erschöpfungsboden und anderes mehr hervorgehoben worden war.

Damit nicht zum wenigsten hängt es wohl zusammen, daß insbesondere die Scheidung von neurasthenischen und hysterischen Symptomen teils für unnötig, teils für unmöglich gehalten wird. So beispielsweise von Nägeli, der eine Spaltung der nervösen Krankheitszeichen in diesen beiden Abarten für unmöglich erklärt, so von Holzmann, der hysterische Zeichen als Ermüdungs- und Erschöpfungssymptome deutet, so von Lewandowsky, der die Trennung für den größten Teil der Fälle als so gegenstandslos hinstellt, wie die Auseinanderhaltung von Rheumatismus der großen und kleinen Gelenke. Daß die eben erwähnten und andere Momente[2]) eine solche Verschmelzung der bisher ausreichend auseinandergehaltenen Typen und eine Verwischung ihrer Grenzen nahelegen können, wird zuzugeben

[1]) Kraepelin hat freilich neuerdings (Lehrbuch, letzte Auflage) die nervöse Erschöpfung als Tätigkeitsneurose den psychogenen Störungen eingeordnet. Ich kann aber nicht einsehen, warum man einen Krankheitszustand, der nach Kraepelin durch übermäßig angestrengte oder zu lange fortgesetzte geistige oder körperliche Arbeit erzeugt und aus der Häufung von Ermüdungswirkungen zu erklären ist, unter die psychisch verursachten Störungen bringen soll. Die mittelbare Entstehung neurasthenischer Erscheinungen im Anschluß an akute oder chronische seelische Erregungen auf dem Umwege über die damit verbundenen körperlichen Schädigungen des Schlafes, der Ernährung usw. würde diese veränderte Eingruppierung auch noch nicht genügend rechtfertigen. Schließlich fehlt hier auch das von Kraepelin selbst hervorgehobene Kennzeichen psychogener Störungen: die Abhängigkeit nach Inhalt und Ablauf von der Art der ursächlichen Einwirkung.

[2]) Auch rein praktische Gesichtspunkte, größere Einfachheit und Bequemlichkeit bei gutachtlichen u. dgl. Erörterungen, hat man zugunsten allgemeiner und unbestimmter gefaßter nervöser Krankheitskennzeichnungen geltend gemacht. Sie fallen natürlich für klinische Entscheidungen überhaupt nicht ins Gewicht.

sein. Sie scheinen mir aber eigentlich nur für die Schwierigkeit beweisend, gerade am Kriegsmaterial, worauf ja besonders Hauptmann schon hinwies, eine strikte Trennung durchzuführen. Für die tatsächliche Wesensübereinstimmung der Krankheitserscheinungen selbst dagegen, die doch allein eine so grundlegende klinische Verschiebung rechtfertigen könnte, bringen sie meines Erachtens keine eindeutigen Belege.

Eine Erweiterung des neurasthenischen Symptomenbildes bedeutet wohl Oppenheims Heraushebung mannigfacher Störungen, insbesondere der kardiovasculären und im Zusammenhang damit der Bewußtlosigkeit, Temperatursteigerung, des Nasenblutens u. a. als spezifisch neurasthenischer. Gegen diese symptomatologische Erweiterung haben sich mancherlei Autoren (Lewandowsky, Redlich - Karplus, Nägeli u. a.) mit verschiedenen Einwänden gewandt, indem sie das Vorkommen dieser Erscheinungen in anderen klinischen Zusammenhängen, den ungenügenden Ausschluß andersartiger Verursachung (organischer, psychogener usw.) betonten. Auf Einzelheiten kommt es hier nicht an, vielmehr nur auf die Grundfrage, ob sich aus den Oppenheimschen Darlegungen die grundsätzliche Notwendigkeit einer solchen Erweiterung des neurasthenischen Krankheitsbildes und der Inanspruchnahme weiterer Symptome für dieses ergibt. Der strikte Nachweis, daß solche neu herangezogenen Krankheitssymptome Erschöpfungszeichen sind resp. nicht anders gedeutet werden könnten, erscheint mir in den Oppenheimschen Darlegungen nicht erbracht. Scheint freilich wohl auch gar nicht von ihm beabsichtigt. Denn seine Auffassung des Neurastheniebegriffs deckt sich anscheinend nicht mit dem der einfachen nervösen Erschöpfung[1]). Sie bedeutet vielmehr — auch vom rein Symptomatologischen abgesehen — auch sonst eine Erweiterung des Krankheitsbegriffs. Sie hängt aufs engste zusammen mit seiner Betonung der traumatischen Neurasthenie.

Diese traumatische Neurasthenie, freilich schon von jeher auf Grund der Friedenserfahrung an den Unfallneurosen anerkannt, erweitert den neurasthenischen Krankheitstypus auch in ätiologischer Beziehung, insofern sie über die als spezifische Ursachen der Neurasthenie anerkannten — vorwiegend chronischen — Erschöpfungseinflüsse hinausführt und akute mechanische heranzieht. Als charakteristische Belege dafür gelten die Granatexplosionsneurasthenien, deren Vorkommen übrigens von den verschiedensten Autoren anerkannt wird (zuletzt erst wieder von Weygandt, Redlich-Karplus, Meyer - Reichmann u. a.). Ein eindeutiger Hinweis, welcher von den verschiedenartigen in der Granatexplosionsnoxe vereinigten pathogenen Faktoren (psychischen, sensorischen, mechanischen, toxischen) nun akut neurasthenisierend wirkt, findet sich freilich zumeist nicht, wie es mir überhaupt als ein Manko so mancher Kriegsarbeiten auf diesem Gebiete erscheint, daß sie die verschiedenen ätiologischen Noxen nicht immer mit einer für die klinische Differenzierung wünschenswerten Schärfe auseinanderhalten und etwa — um nur ein Beispiel zu nennen —, unter dem Begriff der Kriegserschütterungen oder -strapazen Schädlichkeiten ganz verschie-

[1]) In seiner Kriegsneurosenmonographie nennt er allerdings die Erschöpfbarkeit neben der Erregbarkeit die beiden neurasthenischen Grundphänomene.

dener Art und Wertigkeit, die mannigfachsten körperlichen wie psychischen, als scheinbar gleichwertig einheitlich zusammenfassen[1]).

Das akute Auftreten neurasthenischer Erscheinungen wird man jedenfalls nach diesen Erfahrungen als Tatsache anerkennen müssen. Die akute Entstehung der Störung erscheint mir freilich damit noch nicht einwandfrei erwiesen, und die klinisch durchaus nicht belanglose Möglichkeit bleibt offen, daß es sich in solchen Fällen im wesentlichen nur um ein akutes Manifestwerden bereits vorbereiteter, anderweitig verursachter Erschöpfungszustände handelt, das auf einen starken äußeren Anstoß hin erfolgt.

Oppenheim stellt nun — entsprechend seiner traumatischen Neurosetheorie — speziell eine durch mechanische Erschütterungen verursachte Neurasthenie auf. Ihm schließt sich im wesentlichen Weygandt an, indem er bei Granatexplosionsneurasthenien im Gefolge von körperlichen (und psychischen!) Erschütterungen die Oppenheimschen Erschütterungsveränderungen anerkennt. Daneben gibt Weygandt freilich auch eine „mehr psychogene“ Auslösung solcher Bilder von „Unfallneurose oder -neurasthenie“ zu, wobei er das psychische Trauma im wesentlichen auf dem Umwege über das Gefäßsystem, unter Umständen aber auch durch die Pforten der Sinnesorgane vermittelst überstarker Reize einwirken läßt. Was sich gegen die akuten Neurasthenien infolge starker Sinneserregungen sagen läßt, habe ich bereits früher bei Besprechung des Brugschen klinischen Erschöpfungsbildes vorgebracht[2]). Von den Neurasthenien im Gefolge mechanischer Erschütterungen u. dgl. läßt sich jedenfalls ganz allgemein sagen, daß der klinische Kernpunkt der Sache, die Wesensgleichheit dieser Krankheitserscheinungen von neurasthenischer Färbung mit den echt neurasthenischen, ihre Natur als wirkliche Erschöpfungsphänomene bisher nirgends mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen worden ist. Nägeli meint geradezu auf Grund gewisser psychologischer Erfahrungen (Ergebnisse der Additionsmethode, ungewöhnliche Willenskraft und Ausdauer im selbstgesetzten Ziel bei den Unfallneurotikern), daß eine Neurasthenie im Sinne einer Erschöpfungsneurose bei den Unfallneurosen überhaupt nicht in Betracht käme. Zum mindesten erscheint es mir aber angebracht, der noch nicht genügend geklärten Sachlage Rechnung zu tragen und mit Schusters vorsichtiger Formulierung zwar die Möglichkeit einer allgemeinen neurasthenischen Umstimmung durch starke Erschütterungen gelten zu lassen, aber noch den Nachweis der Identität mit der nervösen Erschöpfung zu fordern.

Jedenfalls wird man nach diesen in mannigfacher Richtung sich bewegenden Grenzveränderungsversuchen nicht gerade behaupten können, daß Fassung und Bild des Neurasthenietypus an Einheitlichkeit und Schärfe durch den Kriegserfahrungszuwachs gewonnen hat.

Gegenüber diesen grundsätzlichen Dingen treten sonstige Einzelheiten

---

[1]) Unter Oppenheims traumatische Neurose fallen, wie mit Recht verschiedentlich bemängelt, nervöse Störungen nach Marschanstrengungen, Erregungen, rheumatischen Schädlichkeiten usw.

[2]) 3. Bericht S. 332.

an Bedeutung weit zurück. Wagner sah unter den Nervenkranken der Pflegeanstalt Gießen 37,2% Neurastheniker, die zusammen mit den 39,4% Hysterischen 3/4 des Bestandes ausmachten. Er unterscheidet eine torpide Form der Neurasthenie — mit Herabsetzung der Sehnenreflexe bis zur Aufhebung (!), Herabsetzung der Sensibilität sowie apathischem, depressivem hypochondrischem Wesen usw. (ein Typus, der nach seiner Schilderung z. T. an konstitutionelle Nervosität denken läßt) — von der erethischen (die im wesentlichen wohl dem anerkannten Bilde der Neurasthenie entspricht). Auf der Höhe der Erregung sind nach ihm selbst Halluzinationen oder wenigstens illusionäre Umdeutungen nicht so selten, sowie wahnhafte Angst- und Furchtgedanken, so daß die Erkrankten den Eindruck einer akuten halluzinatorischen Paranoia machen können. Ja, Wagner sah sogar jetzt bei Soldaten einige Fälle, wo „in der Tat wirklich derartige Psychosen vorlagen, die aus potenzierten neurasthenischen Angstzuständen hervorgegangen waren". Die Veröffentlichung solcher Fälle wäre gewiß zu wünschen, wie überhaupt von allem, was als einwandfreie Erschöpfungspsychose sich wirklich beweisen läßt.

Meyer-Reichmann heben speziell bei den Granatexplosionsneurasthenien analog Wollenberg die neurasthenische Depression hervor, die Kombination neurasthenischer Beschwerden mit ausgesprochenen psychisch-depressiven Veränderungen.

Nach Böhmigs Erfahrungen auf der Nervenabteilung eines Dresdner Reservelazaretts gaben die unverwundeten Neurasthenien die schlimmsten und hartnäckigsten Fälle ab und unter diesen wieder Kriegsfreiwillige und Angehörige der höheren Berufsstände. Von Störungen des Gefühlslebens erwähnt er einen teils selbst angegebenen, teils von den Angehörigen empfundenen Mangel an Wiedersehensfreude. Er weist des weitern auf nervöse Erschöpfung bei Urlaubern hin, die sich am nahen Ende des Heimatsurlaubes krank meldeten. Er glaubt diese Beschwerden, die sich objektiv und subjektiv genügend kundgaben, auf das plötzliche Herausgerissenwerden aus der Umgebung und dem Training zurückführen zu können, das sie einmal zum Bewußtsein des Durchlebten und Durchgemachten kommen ließ. Bemerkenswert sind schließlich zwei Fälle von Herzbeschleunigung, deren Leiden auf der Station trotz sorgfältigster Ausscheidung aller schädigenden Momente und bei Fehlen irgend welcher ätiologischer organischer Veränderungen mehr und mehr zunahm. Im Gegensatz dazu betont Meyer, daß bei stark Erschöpften namentlich im Beginn des Krieges hochgradige Bradycardien mit 30—40 Pulsschlägen und sehr niedrigem Blutdruck beobachtet wurden. Auf einen stark verlangsamten, aber voll gespannten Puls bei nervösen Erschöpfungszuständen hatte schon Wollenberg (s. 1. Bericht) hingewiesen.

Brückner hält speziell die hypochondrischen Formen auf dem Boden der Erschöpfung für besonders hartnäckig, zumal solche im Anschluß an Schreck. Er sieht in den bei Neurasthenikern im Schützengraben häufigen Plattfußbeschwerden einen wichtigen Ausgangspunkt von depressiver Verstimmung und hypochondrischen Befürchtungen. Die von Stanojewits, aber auch von andern beschriebenen Fälle von nervöser

Erschöpfung mit Apathie, Energielosigkeit, auffälliger Reizbarkeit, Neigung zum Weinen usw. entsprechen seiner Meinung nach mehr dem slawischen als dem germanischen Charakter, dessen Affekt durch mehr regulative Hemmungen gemäßigt zu sein pflege (was meines Erachtens noch nicht auszuschließen braucht, daß die nervöse Erschöpfung sich in ihren Wirkungen stärker als die Rassenanlage erweist).

Den günstigen Einfluß des Kriegsdienstes auf die neurasthenischen Beschwerden pensionierter Offiziere erkennt Weygandt ähnlich wie Nonne an.

Für die bereits sichergestellte Erfahrung von dem Auftreten hysterischer Störungen auf dem Boden der Erschöpfung bringt Jolly neue Belege. Es handelte sich, um dies gleich mit abzumachen, bei diesen hysterischen Zuständen nie um Lähmungen und Zwangshaltungen im Sinne einer monosymptomatischen Hysterie, sondern um Zitter- und verwandte Reizzustände. Hysterische Anfälle kamen da vor, wo die Patienten schon früher an solchen gelitten hatten. Erstmalige epileptische Anfälle als Folgen von Erschöpfung hat Jolly nie beobachtet.

Psychogene Störungen (Schreckneurosen, traumatische Neuropsychosen, hysterische Zustände).

Mancherlei sachliche Gegensätze, Widersprüche und Wortstreitigkeiten in der Diskussion der Kriegsneurosenfrage verlangen ein Eingehen auf Begriff und Eigenart des Psychogenen. Was unter dieser Bezeichnung alles gefaßt werden kann — wenigstens auf neurologischem Gebiete —, scheint mir Schuster mit genügender Klarheit hervorzuheben:

1. Alles, was durch mehr oder weniger affektbetonte Vorstellungen „ideogen“ entsteht;

2. alles, was durch vorstellungsfreie psychische Shockwirkung (Schreck, Angst usw.) entsteht;

3. alles, was durch unterbewußte psychische Vorgänge, besonders durch die mehr oder weniger bewußte Weiterverarbeitung eines bewußten oder unbewußten Sinneseindrucks (Schmerz u. dgl.) entsteht.

Hierbei erscheint mir nur nicht ganz bedenkenfrei, daß Schuster als psychische Shockwirkung hinstellt, was in Wirklichkeit doch wohl psychische Shockäußerung, die Folge schreck- usw. erregender Eindrücke ist, und daß er so ohne weiteres vorstellungsfreie Affekte (inhaltlose Angst u. dgl.) als psychische Ursache gelten läßt. Liepmann legt, gewiß mit Recht, besonderen Wert auf die Gegenüberstellung derjenigen psychogenen Erscheinungen, die als primäre unmittelbare psychische Wirkungen eines psychischen Traumas auf physiobiologischem Wege zustande kommen und jener, die mittelbar sekundär, durch psychische Verarbeitung hervorgerufen werden.

Nun kommt es hier aber nicht so sehr — oder wenigstens nicht allein — auf die allgemeine Kennzeichnung von Art und Entstehungsweise der verschiedenen psychogenen Einzelerscheinungen an, sondern vor allem auch auf die Frage des Bestehens und des Wesens selbständiger psychogener Krankheitstypen. Ihre Eigenart ist durch das bloße Vorhandensein

psychogener Einzelzüge doch noch nicht genügend gekennzeichnet und festgelegt. Mancherlei Erfahrungen, und nicht zum wenigsten auch die aus dem Kriege gewonnenen, legen es einem nun ja zunächst nahe, von der Aufstellung solcher besonderer Krankheitsformen überhaupt abzusehen, vielmehr die psychogenen Krankheitserscheinungen, weil auf der verschiedensten klinischen Grundlage, in den verschiedensten Verbindungen und unter den verschiedensten Bedingungen auftretend, lediglich als allgemeine Reaktionsformen psychischer Genese gelten zu lassen, also ihnen gegenüber etwa einen ähnlichen Standpunkt einzunehmen, wie ihn Gaupp und andere — und neuerdings erst wieder auf Grund des Kriegsmaterials Nissl für die Hysterie vertritt, indem er von dieser Krankheit nur das Adjektivum hysterisch übrig läßt und die hysterischen Symptome, die hysterische Reaktionsweise den verschiedensten pathologischen Gebieten zurechnet. Ohne die Bedenken, die sich gegen eine Aufstellung und Abgrenzung besonderer psychogener Krankheitstypen erheben, übersehen zu wollen — sie sollen demnächst einmal in einer Zusammenstellung der klinischen Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet systematisch durchgeprüft werden —, glaube ich doch auf Grund klinischer Erfahrungen, speziell allerdings psychiatrischer — die aber doch nun einmal für das Psychogeniegebiet gleiche Geltung wie die neurologischen haben —, daß man über einen solchen Krankheitstyp nicht hinwegkommt, daß es vielmehr genug Krankheitsfälle gibt, die nur durch Einordnung in diese Gruppe in ihrer Eigenart richtig erfaßt, in eine andere aber überhaupt nicht oder nur mit Zwang untergebracht werden können. Allerdings erscheint mir die übliche kurze und bündige Definition dieser Krankheitsformen, als durch psychische Einwirkungen, durch affektiv wirksame Geschehnisse, gefühlsbetonte Vorstellungen u. dgl. hervorgerufen, wie ich sie selbst in Übereinstimmung mit anderen Autoren früher vertreten habe, nicht mehr ausreichend, und auch der weitere kennzeichnende Zusatz, daß die Krankheitseigenheiten sich vom Psychischen her beeinflußbar erweisen, eine psychogene Abhängigkeit zeigen, erscheint mir für die Sondercharakteristik nicht genügend, da ein solcher mehr oder weniger weitgehender psychogener Einschlag auch bei andersartigen Krankheitsformen oft genug anzutreffen ist. Ich meine vielmehr, daß nichts übrigbleiben wird, als daß man auch nach speziellen äußeren Kennzeichen am klinischen Bilde selbst, nach besonderen symptomatologischen Merkmalen sucht und daß sich solche spezifische symptomatologische Eigenheiten, die sich im wesentlichen aus den eigenartigen Wirkungen der ätiologischen (emotionellen) Noxe ergeben, daß sich solche „vorzugsweise psychogenen" Reaktionsformen auch finden lassen, die mit zur Charakteristik und Krankheitsbestimmung zu verwerten sind. Wie diese im einzelnen aussehen, interessiert hier nicht näher.

Dabei ließen sich dann vielleicht auch die oben von Schuster aufgestellten Formen psychogener Reaktionsweise für die Aufstellung einzelner Varietäten heranziehen, die durch psychische Shockwirkungen gegebenen etwa für die Schreckneurosen, für deren klinische Selbständigkeit sich erst neuerdings wieder Rumpf ausgesprochen hat, die durch mehr oder weniger affektbetonte Vorstellungen zustandegekommenen für die Wunsch-

und Befürchtungspsychogenien mit ihren charakteristischen, vom tragenden Affekt in Bewegung gesetzten und inhaltlich bestimmten autosuggestiven Umsetzungen ins Pathologische, den Vorstellungsrealisierungen usw. Gegenüber der dritten Gruppe mit ihren mehr oder weniger unterbewußten und mehr oder weniger unbewußten psychischen Vorgängen und Verarbeitungen erscheint nun allerdings, selbst wenn man ihr Vorkommen an sich nicht in Abrede stellt, möglichst kritische Zurückhaltung am Platze, wenn man nicht das Gebiet des Psychogenen beliebig erweitern und ins Uferlose ausdehnen will. Die psychoneurotischen Schreck- u. dgl. Shockpsychoneurosen nach Liepmanns Vorgang nun von den vorstellungsbedingten prinzipiell zu trennen und als wesensverschieden verschiedenartigen Krankheitstypen zuzurechnen, die ersteren den Oppenheimschen Erschütterungsneurosen und nur die letzteren den eigentlich psychogenen, sehe ich keinen genügenden Anlaß, so sehr die von Liepmann herausgehobenen Differenzen im wirksamen Mechanismus, psychisch-autosuggestive Mittelglieder auf der einen, bloße physiologisch-biologische Vermittlung auf der andern Seite, auch anzuerkennen sind. Die klinischen Erfahrungen, zumal der Psychiatrie lehren zur Genüge, daß die gleichen psychotischen Erscheinungen ebensogut unmittelbar von psychischen Erschütterungen wie mittelbar von Begehrungs- und Befürchtungsvorstellungen ausgehen können, daß also beispielsweise ein psychogener Stupor sowohl ganz akut als psychotisches Schreckphänomen, wie allmählich unter dem wirksamen Einfluß naheliegender Wünsche als „Zweck“psychose vorkommt.

Der strittige Hauptpunkt bleibt im übrigen, wo die Grenzen zwischen psychogenen und sonstigen Neurosen zu setzen sind. Dabei will es mir allerdings scheinen, als ob die Anforderungen, die an den Nachweis der psychogenen Natur der Kriegsneurosen gestellt werden, vielfach geringere sind, als es sonst bei der Feststellung des besonderen Charakters einer Störung üblich ist.

So etwa, wenn Toby Cohn unter die psychogenen auch Störungen in den niederen motorischen Zentren mitgefaßt wissen will, oder wenn Schuster die Annahme einer psychogenen Entstehung auch trotz Fehlens bewußter psychischer Eindrücke und trotz der Schwierigkeit, einen psychologisch verständlichen Zusammenhang nachzuweisen für berechtigt hält. Und wenn der gleiche Autor bei schweren Kopftraumen oder schweren körperlichen Erschütterungen eine rein somatische Entstehung der Neurose ohne jede psychische Wurzel und ohne Intervention irgendeines primär wirkenden psychischen Moments nur dann anerkennt, falls eine psychogene Entstehung undenkbar ist, so weiß ich nicht, mit welchem Recht man dem Psychogenen eine solche diagnostische Vorzugsstellung einräumen soll.

Dabei soll die Schwierigkeit des einwandfreien Nachweises einer psychogenen Störung durchaus nicht verkannt werden. Sie ist, wenn ich es recht übersehe, einmal dadurch gegeben, daß das psychogene Moment, die Beeinflussung vom Psychischen her, sich überhaupt und allgemein im Gebiet der Neurosen, zumal der Kriegsneurosen, mit Vorliebe wirksam erweist, — also Gefahr einer zu häufigen diagnostischen Anerkennung, zum andern umgekehrt aber auch dadurch, daß der Nachweis eines inneren

psychischen Zusammenhangs oft nicht zu erbringen ist, womit dann die Gefahr einer zu seltenen klinischen Feststellung gegeben ist.

Oppenheim ist wohl der Vertreter der allerengsten Umgrenzung der psychogenen Kriegsneurosen. Soweit er diesen ganz allgemein anders bedingte gegenüberstellt, gibt er wohl ganz gewiß keinen Anlaß zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, denn das Vorkommen solcher somatogener [somatischer (Strümpell)] Neurosen wird wohl allgemein anerkannt, und zwar auch von Autoren, die im übrigen das Gebiet der Kriegspsychogenie und -hysterie sehr weit fassen. Auch daß Oppenheim den psychisch verursachten im wesentlichen mechanisch verursachte gegenüberstellt, erscheint mir noch nichts prinzipiell Abzulehnendes, da nicht einzusehen ist, warum nicht auch mechanische Einwirkungen Neurosen hervorrufen können und auch nichts prinzipiell Neuartiges, wenn man an die Kontusions-, Kommotions- und ähnlichen Neurosen anderer Autoren (Rumpf, Horn usw.) denkt. Solche mechanisch bedingten neurotischen Störungen insbesondere kommotioneller Art werden daher auch gerade auf Grund der Kriegserfahrungen wiederholt anerkannt, so von Marburg der, freilich mit einem starken Seitenblick auf zugrunde liegende anatomische Veränderungen, die verschiedensten neurotischen Störungen dieser Art heraushebt: kommotionell cerebrale, nicht selten unter dem Bilde der hypochondrischen Neurasthenie verlaufend, mit langdauernder Bradykardie, schweren depressiven Verstimmungszuständen, absoluter psychischer Unbeeinflußbarkeit und langer Dauer, daneben auch den psychogenen ähnliche Formen; kommotionell spinale mit einer weder schlaffen noch spastischen Lähmung der unteren Extremitäten, Herabsetzung oder Fehlen einzelner Sehnenreflexe bei gleichzeitigem Mangel an Sensibilitätsstörungen, gleichfalls psychisch unbeeinflußbar, jedoch nach einiger Zeit spontan heilend; kommotionell periphere einzelner Nerven mit Lähmungserscheinungen ohne sonstige Störungen, Muskelkrämpfe in unumschriebenen Nervengebieten nach Schußverletzungen in der Nähe des Nerven usw.; Erschütterungsneurosen, für die er übrigens entsprechend ihrer geringen Suggestibilität eine mehr den organischen Fällen entsprechende Behandlung für angezeigt hält[1]). Auch Strümpell erkennt die Möglichkeit einer durch materielle Erschütterung bedingten freilich vorübergehenden Neurose an und Bonhöffer legt gewissen Hirnkommotionsfolgen, der retrograden Amnesie und den postkommotionellen Wesensveränderungen Erregbarkeitsschädigungen molekularer Art, also anscheinend analoge funktionelle Erscheinungen zugrunde. Auch v. Maiendorfs bald noch zu erörternde Auffassung der Kriegszitterformen als Kommotionsneurosen gehört wohl hierher. Immerhin will es mir scheinen, als ob diese Autoren doch immer unmittelbare mechanische Bearbeitungen des Nervengewebes, unmittelbare

---

[1]) Kurz sei in diesem Zusammenhang auf die Perthessche Erörterung der „Fernschädigung peripherer Nerven durch Schuß und der sog. Kommotionslähmung der Nerven bei Schußverletzung“ (Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 28) hingewiesen. Er hält die Dehnung, Quetschung und Erschütterung für die drei wirksamen Noxen und betont, daß diese sich zu gemeinsamer Wirkung verbinden und daß es nicht die Kommotion allein ist, die den Schaden verursacht.

Erschütterungen desselben im Auge haben, die nicht ohne weiteres als Bestätigung der Oppenheimschen Auffassung dienen können, da dieser, wie bekannt, nicht zum wenigsten auch an eine zentripetale Weiterleitung einer von den Sinnesorganen oder peripheren Nerven ausgehenden Erschütterungswelle denkt. Bonhöffer wendet überdies auch gegenüber Oppenheim ein, daß die von jenem herausgehobenen neurotischen Folgeerscheinungen traumatischer Noxen nicht den von anderen äußeren Schädigungen wie auch akut kontusionellen her bekannten exogenen Reaktionstypen entsprechen, ein Einwand der sich eigentlich doch wohl nur dann erheben läßt, wenn man auch die durch toxische, infektiöse u. dgl. Einflüsse hervorgerufenen Hirnstörungen als funktionelle gelten läßt. Im übrigen entzieht sich meines Erachtens das ganze Für und Wider gerade über diesen Punkt wegen der widersprechenden theoretischen Auffassungen, und der nichts weniger als voll übereinstimmenden, z. T. recht unscharfen Fassung des Neurosebegriffs und des Funktionellen einer einheitlich klaren Berichterstattung.

Das Wesentliche ist nun aber dies, ob mit eindeutiger Sicherheit Tatsachen vorgebracht sind, die unbedingt das Bestehen eines durch mechanische Einflüsse erzeugten und durch Fortleitung einer peripheren Erschütterung ermöglichten besonderen Neurosentypus dartun. Solche Erfahrungen sind, wenn ich die Sachlage recht übersehe, bisher wohl nicht erbracht worden. Oppenheim selbst hat vor allem seine Auffassung durch einen besonderen theoretischen Unterbau zu stützen und zu festigen gesucht. Man kann kaum sagen, daß dadurch die Situation vereinfacht worden ist, wiewohl sich gegen eine so allgemeine Hypothese wie wenigstens die der von ihm entwickelten zentralen Betriebsstörung doch eigentlich nicht viel einwenden läßt. Jedenfalls hat die Zusammenstellung einer ganzen Zahl von hypothetischen Annahmen, die Häufung aller möglichen zur Klärung herangezogenen Bilder, welche, weil sie mit dem Wesen der Nervenvorgänge nichts zu tun haben, auch die vorausgesetzten neurotischen Veränderungen dem Verständnis nicht näher bringen können und schließlich der Versuch die theoretische Auffassung anderer Autoren mit den eigenen in Einklang zu bringen, die Mißverständnisse und wissenschaftlichen Reibungsflächen eher noch vermehrt.

Auch die einzelnen von Oppenheim aufgestellten nicht-psychogenen neurotischen Typen werden weiterhin zumeist von den Autoren abgelehnt. Mann spricht sich allerdings für die selbständige Natur der Crampusneurose und der Akinesia amnestica aus, Gerhardt führt Fälle von Radialislähmung an, bei denen nach seiner Meinung in einem solchen Stadium der Besserung, wo leicht Innervationsentgleisungen eintreten, es späterhin durch Fixierung zur Amnesia amnestica kommen kann, Marburg erkennt Reflexkrämpfe und Reflexlähmungen an, welche mit funktionellen (hysterischen) nichts zu tun haben und auch sonst werden gelegentlich funktionelle Lähmungen als nicht-hysterischer Natur herausgehoben. Auf der andern Seite warnt aber Strümpell vor der Diagnose Reflexneurose, da er noch nie einen sicheren Fall von Reflexlähmung oder -krämpfen gesehen hat und die so gedeuteten sich meist als sicher psychogen-hysterische

entpuppten. Auf ähnlichem Standpunkt steht auch Schultze, der insbesondere es für schwer verständlich hält, daß bei der sonstigen Regelmäßigkeit reflektorischer Vorgänge derartige Lähmungen nach Verletzungen so selten auftreten. Er weist übrigens auch noch darauf hin, daß solche Fälle bereits nach dem amerikanischen Sezessionskriege von Weir-Mitchell beschrieben wurden. Von andern wird für die Reflexlähmung zum mindesten eine psychogene Komponente in Anspruch genommen. So von Toby Cohn, der in einem solchen Fall nach Schußverletzung des Arms, eine auffallende Inkongruenz zwischen der Ausbreitung der Atrophie und der Art der Funktionsstörung feststellte. So von Schuster, der das Krankheitsbild für ein zusammengesetztes mit psychogenem Ursprung des motorischen Anteils erklärt. Für die Psychogenese der Lähmung spricht ihm auch, daß die Schwere der erlittenen Verletzung erfahrungsgemäß absolut keine Rolle bei der Entstehung der Reflexlähmung spiele, wie es doch bei einer Erschütterung oder einem sonstigen somatischen Vorgang als Ursache der Fall sein müßte. Auch von der Möglichkeit, die Akinesia amnestica grundsätzlich von der hysterischen Lähmung zu trennen, ist Strümpell nicht überzeugt, ähnliche Auffassung äußern auch Schultze und Kehrer und wenn Liepmann die Störung als Amnesia kinaesthetica in Beziehung setzt zur Amnesia der Kriminellen für ihre bedrückende Vergangenheit, d. h. also analog der affektiv bedingten Verdrängung von Erinnerungen ein Nichtzustandekommen der geforderten Innervation infolge entgegenwirkender Wunsch- und Furchtmechanismen annimmt, so tritt auch er damit für den psychogenen Charakter der Störung ein, der nach seiner Schilderung allerdings im Gegensatz zu seiner Namengebung wohl eher einer affektiv bedingten Funktionshemmung und -behinderung als einem eigentlichen Erinnerungsausfall für Bewegungen entspricht. Daß übrigens Oppenheim selbst Übergänge zwischen den emotionell entstandenen hysterischen Symptomen und den emotionellen Krankheitserscheinungen anderer Art, also wohl auch denen von der Art der Akinesia amnestica anerkennt, erscheint mir in diesem Zusammenhang nicht ganz bedeutungslos und nicht gerade im Sinne seiner Auffassung.

Auf die Einzelheiten, die besonders in symptomatologischer Beziehung für und gegen die Oppenheimschen Erschütterungsneurosen und Erschütterungstheorie vorgebracht worden sind, gehe ich nicht näher ein. Vielfach liegt die Sache tatsächlich so, daß dasselbe Moment ziemlich ebenso gut in dem einen wie in dem andern Sinne gedeutet werden kann. Wenn Oppenheim beispielsweise auf die Häufigkeit der nervösen Taubheit und die ungemeine Seltenheit der Amaurose bei den Kriegsneurosen im Gegensatz zu den Friedenserfahrungen verweist und ironisch fragt, ob auch hier wie bei der Linkslokalisation der Extremitätenlähmung die größere Bequemlichkeit die Lokalisation der Störung verursache, so wird ihm ein Vertreter der psychogenen Auffassung sehr wohl erwidern können, daß sich noch andere triftige Gründe denken lassen, die gerade für die Kriegsneurosen eine besondere Bevorzugung der Gehörsstörung vom Psychischen her verständlich machen. Den zum Beweis der psychogenen Natur verwerteten Fällen von Granatkontusion, die schlafend von der Neurose verschont

blieben, konnte, wenn ich nicht irre, Oppenheim selbst solche entgegenhalten, die trotz des Schlafs von ihr befallen wurden. Ja, selbst über nachprüfbare Tatsachen gehen die Meinungen auseinander, wie die unvereinbaren Ansichten von Oppenheim und Lewandowsky über die Häufigkeit funktioneller Störungen bei Schwerverletzten beweisen.

Daß im übrigen die Beweiskraft der bei allen diesen Auseinandersetzungen vorgebrachten Gründe und Gegengründe in keiner Weise durch jenen breiten persönlichen Einschlag verstärkt wird, der hier den von wissenschaftlichen Darstellungen immer noch nur rein sachliche Aufklärung Erwartenden eigentümlich anmutet, ist vielleicht einem bloßen Berichterstatter auszusprechen erlaubt.

Für den im wesentlichen psychogenen Charakter der Kriegsneurosen treten weiterhin wieder Redlich - Karplus, Schuster, Jendrassik, Nägeli, wohl auch Böttger u. a. ein. Auch Strümpell erkennt für die Kriegsneurosen ausdrücklich den gleichen Sachverhalt wie für die Unfallneurosen im engeren Sinne an, deren Besonderheiten er aus dem besonderen geistigen Verhalten der von dem Unfall betroffenen Kranken in bezug auf den Unfall und dessen vermeintliche Folgen ableitet, und bei denen er in vielen Fällen Begehrungs- und Wunschvorstellungen, ängstlichen Erwartungsvorstellungen, sowie auch fixierten Rechtsvorstellungen eine wesentliche Rolle zuspricht. Nur in relativ seltenen Fällen — dies eine kleine Einschränkung — könne man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß ein heftiges mechanisches Trauma an sich dauernd funktionelle somatische Störungen im Gefolge haben könne, so besonders bei gewissen klonischen Krampfzuständen, Myoklonie, Tics u. dgl., wogegen freilich in andern Fällen, die von einzelnen zu den somatischen Neurosen gerechnet würden, ihm die Annahme der psychogenen Natur meistenteils unzweifelhaft sei. Im Sinne einer psychogenen Auffassung darf wohl auch verwertet werden, wenn Schröder, — wie ich glaube, mit vollem Recht — die Entscheidung in der Kriegsneurosenfrage erst von einer stärker psychiatrischen Einstellungsweise erwartet. Schließlich ist es ja doch wohl kein Zufall, daß sich einem in diesen Fällen immer wieder Parallelen mit den psychogenen Haftzuständen geradezu aufdrängen.

Inzwischen ist ja nun die Frage der traumatischen Neurose, wie, den Einzelheiten des nächsten Berichts vorgreifend, schon hier ganz allgemein angeführt sei, zu einem gewissen — äußeren — Abschluß gekommen durch die Erörterungen auf der diesjährigen Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in München. Wie nach der bisherigen Entwicklung dieser Frage und der bisherigen Stellungnahme der Autoren vorauszusehen war, hat sich die überwältigende Mehrheit der Neurologen und Psychiater für den im wesentlichen psychischen Ursprung und psychogenen Charakter dieser traumatischen Kriegsneurosen ausgesprochen. So wenig nun an sich eine Majoritätsentscheidung in wissenschaftlichen Dingen allein ausschlaggebend sein mag, so läßt sich doch Gewicht und Bedeutung einer solchen weitgehenden Übereinstimmung der Anschauungen, die aus den verschiedenartigsten Erfahrungen an einem ungeheuren Material gewonnen wurden, gewiß nicht verkennen. Wenn ich einen unmittelbaren,

persönlichen Eindruck von den Verhandlungen wiedergeben darf, so will es mir allerdings scheinen, als ob dabei einmal die Frage der physischen (mechanischen) Verursachung von Neurosen überhaupt — ganz unabhängig von Oppenheims Traumatische-Neurosen-Theorie und den von ihm aufgestellten Spezialtypen — doch wohl etwas zu kurz gekommen ist, und als ob zum anderen den Schwierigkeiten und Unaufgeklärtheiten der psychogenen Zusammenhänge in dieser Sache nicht immer genügend Rechnung getragen worden ist. Gerade wer, wie Ref. selbst, an dem im wesentlichen psychogenen Charakter dieser Störungen festhält, muß in der Selbstverständlichkeit und Sicherheit, mit der diese komplizierten Dinge als völlig geklärt hingestellt werden, die Gefahr einer vorzeitigen Erstarrung des wissenschaftlichen Standpunkts in diesen klinischen Fragen sehen, die besser noch im Fluß erhalten bleiben. Interessant ist es übrigens, in welchem weitgehenden Umfange in der Neuropsychopathologie der Boden für eine stark psychologisierende Anschauungsweise vorbereitet ist.

Zu diesem Ergebnis der Münchener Neurologentagung kommt nun noch bestätigend das ähnlich geartete Resultat der traumatischen Neurose-Diskussion im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie: Ablehnung der traumatischen Neurose als einer pathogen oder klinisch einheitlichen Krankheitsform, Verwerfung der Bezeichnung selbst, Anerkennung dieser nervösen Erscheinungen als vorwiegend psychogen — das etwa sind auch dort die Hauptpunkte, wie sie in den aus der Besprechung gewonnenen Leitsätzen zum Ausdruck kommen.

Was nun z. Z. noch an Einzelheiten zum weiteren Beweis der psychogenen Natur dieser nervösen Kriegserkrankungen vorgebracht wird — etwa Jendrassiks Hinweise auf typische Astasie, Tic, Salaamkrämpfe usw. unter der flüchtenden Zivilbevölkerung, Auftreten einer schweren Neurose bei einem höheren Offizier infolge Gewissensbedenken, ob die von ihm mit gefällten Kriegsgerichtsurteile gehörig gerecht seien u. a. — bringt nichts prinzipiell Neues. Daß der therapeutische Erfolg der Hypnose, auf den speziell auch Nonne für die Entscheidung funktionell oder organisch Wert legt, für den psychogenen Charakter noch nicht unbedingt ausschlaggebend ist, hebt Lewandowsky hervor und Trömner weist noch im einzelnen auf die suggestive Beseitigung von schweren typischen Trigeminusneuralgien und typischen Ischiasschmerzen, von tabischen lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen sowie umgekehrt auf die gelegentliche suggestive Unbeeinflußbarkeit hysterischer Beschwerden und Symptome hin.

Von prinzipiellerer Bedeutung sind wohl allein die weiteren Bestätigungen der schon erwähnten Lilienthalschen Feststellung von dem seltenen Vorkommen der funktionellen Nervenstörungen bei Kriegsgefangenen. Nach Mohr hatte der Lagerarzt eines großen Gefangenenlagers unter 12 000 Gefangenen, darunter etwa 2000, die schwere Granatkommotionen, Verschüttungen usw. durchgemacht hatten, fast gar keinen Fall von schwerer Neurose, speziell vom Typus der traumatischen Neurose. Bedeutsam für diese Tatsache erscheint Mohr das Fehlen eines durch allerlei sonstige Affekterlebnisse vorbereiteten Boden und der unbewußten Abwehrreaktion gegen die Schrecknisse im Felde. Ähnliche Erfahrungen bringt

auch Bonhöffer von kriegsgefangenen Soldaten auf dem westlichen Kriegsschauplatz wie auch von russischen Kriegsgefangenen. In einem Durchgangslager, wo die in der Verdunschlacht gefangenen Franzosen interniert waren, sah er Individuen mit Trommelfellzerreißungen nach Granatkontusion ohne jene nervösen Granatkontusionserscheinungen, wie dort überhaupt in $1^1/_2$ Jahren die sonst bei allen aktiven Truppen aller Heere beobachteten funktionellen Granatshocksymptome nicht zur Beobachtung gekommen waren. Auch Oppenheim gibt, wenn auch zurückhaltender, zu, daß auffallend viele gefangene Soldaten feindlicher Heere unter dem Einfluß von schwerem Artilleriefeuer gestanden haben, ohne daß sich bei ihnen dauernde Symptome von einer Neurose entwickelt hätten. — Gelegentlich findet man natürlich auch Einzelfälle von Neurosen bei Kriegsgefangenen, so führt beispielsweise Uffenheimer hysterischen Mutismus nach Durchnässung bei einem solchen an, doch kann dies selbstverständlich die Bedeutung dieser Erfahrungen nicht abschwächen und man wird sie für die Frage der Psychogenie, wie insbesondere auch der Wirksamkeit von Wunscheinflüssen nicht unterschätzen dürfen. Doch sei in diesem Zusammenhang wenigstens darauf hingewiesen, daß das, was hier als etwas Besonderes bei Kriegsgefangenen hingestellt wird, auch sonst vorkommt. So führt Uffenorde eine größere Anzahl Fälle von Explosionsschwerhörigkeit mit Trommelfellperforation ohne die üblichen nervösen Begleiterscheinungen an und Meyer-Reichmann berichten ebenso von schweren Labyrinthkommotionen und Vertaubungen infolge Granaterschütterungen ohne funktionell nervöse Symptome (letztere bei Schülern der Königsberger Taubstummenanstalt).

Im übrigen ist ja wohl die Sache auch sonst noch nicht genügend geklärt. Gefangenschaft bleibt Gefangenschaft und es ist nicht einzusehen, warum die psychischen Einflüsse, die wir bisher immer in der Haft als pathologisch wirksam anerkannt haben, nun auf einmal so unwirksam sein sollen. Dabei soll gewiß nicht übersehen werden, daß die besondere Situation der Kriegsgefangenschaft in mancher Hinsicht geeignet ist, Begehrungen zu dämpfen, eine gewisse Wunschlosigkeit aufrechtzuerhalten und daß es sich bei den Strafgefangenen um ein konstitutionell viel minderwertigeres und daher auch psychisch viel anfälligeres Material handelt. Freilich darf man auch hierbei wieder nicht vergessen, daß diese Differenz zum Teil durch die erworbene psychische Resistenzschwäche der Feldzugsteilnehmer ausgeglichen wird, wie denn auch Hübner das außerordentlich häufige Vorkommen pathologischer Reaktionen auf die Inhaftierung bei den aus dem Felde zurückkehrenden nervösen Soldaten hervorhebt.

Erwähnt sei gleich noch in diesem Zusammenhange bezüglich der Zivilgefangenen, deren psychische Situation freilich eine ganz andere als die der Kriegsgefangenen ist, daß nach zum Busch (mein letzter Brief aus England, Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 30) viele von den deutschen Zivilinternierten im englischen Camp geistig stark gelitten haben sollen und sicher eine ganze Anzahl von Selbstmorden wie Geisteskrankheiten vorgekommen sind.

Um noch einmal auf die pathogene Bedeutung des Timor belli für die Kriegsneurosen zurückzukommen, so schätzt Happich — speziell nach

Beobachtungen über Hysterie im Frontlazarett — die Furcht wesentlich niedriger als andere psychische Schädlichkeiten ein. Er fand die Angst als Ursache nur in den wenigsten Fällen, häufiger dagegen zermürbende Momente, Briefe aus der Heimat, Aufregungen persönlicher Natur. Vom Stellungskrieg meint er sogar, daß sein Einerlei Erscheinungen ähnlich einer Haftpsychose auslösen kann. Sollte all dies richtig sein, dann müßte doch eigentlich gerade die Kriegsgefangenschaft mit ihrer Ausschaltung der Kriegsangst, dafür aber doch ganz gewiß mancherlei zermürbenden Momenten, Aufregungen persönlicher Natur, Briefen aus der Heimat und wohl auch einem ausgesprochenen Einerlei, die bekannten neurotischen Bilder in Fülle darbieten, statt daß man nach ihnen sorgfältig suchen muß.

Stern zieht für die Entstehung der Kriegshysterien speziell die Freudschen psychischen Ursachen und Mechanismen heran und erklärt die große Menge der Kriegshysterien aus den in dieser Hinsicht besonders günstigen Bedingungen. Man wird ihm zugeben müssen, daß die Besonderheiten des militärischen Lebens einer Verhinderung der Abreaktion entstandener Affekte günstig sind. In der Tat läuft ja der ganze militärische Dienst, zumal während des Krieges allenthalben auf psychische Disziplinierung hinaus, auf Hemmung der Affektäußerungen mit ihren unwillkürlichen, instinktiven Ausweich- und Fluchtreaktionen, auf Unterdrückung aller Affektausdrucksbewegungen und sonstiger emotionellen Entladungen, ebenso wie er einen vielfachen Zwang zur Ausschaltung individueller gewohnter und naheliegender Verhaltungs- und Betätigungsweisen auferlegt. Auch das von Stern als begünstigend herausgehobene Zusammentreffen von psychischen Erschütterungen mit hypnoiden Zuständen von schwerstem lähmenden Affekt oder verändertem Bewußtseinszustand wird man im Hinblick auf die psychischen Folgen von Granatexplosionen, von Minenverschüttungen u. dgl. für militärische Verhältnisse anerkennen müssen. Hat nun die Affektverdrängung u. dgl. wirklich die weitgehende pathogene Bedeutung, die ihr vielfach zugeschrieben wird, dann müßte von diesem Material aus die Frage die beste Prüfung und Beantwortung erfahren. Der Fall, den Stern zum Exempel anführt, erscheint nun nicht gerade so sehr beweiskräftig. Es handelt sich um eine hysterische Psychose mit vorzugsweise puerilistischem Symptomenbild, dazu Ängstlichkeit, Neigung zu Weinkrämpfen, spastisch paretischem Gang, grobschlägigem Zittern der Hände und Kopfwackeln, später auch ängstlicher Erregung und Sinnestäuschungen, den er auf dem Wege der bloßen Unterhaltung in einer Sitzung wesentlich besserte. Als pathogen deutet nun Stern gewisse Vorfälle, die Patient unter gewaltigem Affekt mit Zittern u. dgl. erzählte: Er habe beim ersten Heimaturlaub vor Freude, die Mutter wiederzusehen, beim Aussteigen aus dem Zuge am ganzen Körper gezittert, dann vor Schreck, daß sie nicht da war, wie gelähmt dagestanden, jedoch aus Angst aufzufallen, seine Aufregung unterdrückt, außerdem als Kind einen Schreck erlitten, als er seine Mutter auf der Straße verlor usw. — Stern hält übrigens dieses militärische Material für die psychoanalytische Behandlung nicht für besonders geeignet.

Die typischen psychogenen Formen geben bei aller Kompliziertheit

der in Betracht kommenden ätiologischen Faktoren und bei aller nosologischen Verschiedenwertigkeit der Einzelbilder immer noch die nervösen Störungen nach Granatexplosion ab[1]).

Meyer-Reichmann fanden an 62 Fällen von Granatexplosionsneurosen in bezug auf Zugehörigkeit zu den einzelnen militärischen Gruppen und den verschiedenen Altersklassen, sowie in bezug auf die Zeitdauer der Feldzugsteilnahme vor erfolgter Granatexplosion und die Einwirkung der Artilleriefeuernachwirkung solche Verschiedenheiten, daß sie darin eine Bestätigung der Hocheschen Auffassung von der Hysteriefähigkeit jedes Feldzugsteilnehmers sehen. Das Zustandekommen der nervösen Granatexplosionserkrankungen erscheint ihnen nach ihren Zahlen ebensowenig an eine Disposition durch Belastung, psychopathische Konstitution, frühere Krankheiten oder Trauma gebunden, wie die Entstehung vieler funktionell-nervöser Friedenserkrankungen, insbesondere der traumatischen Neurosen, da ein ähnlicher Prozentsatz wohl auch bei gesunden Soldaten zu finden sein dürfte. Ebensowenig sprechen sie die geringere Widerstandskraft durch höheres Lebensalter und schwächere Gesundheit (früher Dienstuntaugliche) oder die Erschöpfung durch lange Teilnahme am Feldzug nach ihren Daten als dispositionserhöhend an. Eine Auffassung, die mir im Hinblick auf die große Masse der Fälle, bei denen solche Faktoren doch eine unverkennbare dispositionserzeugende oder -erhöhende Rolle spielen, in dieser uneingeschränkten Fassung doch zu weitgehend erscheint. Im übrigen dürfte die von Meyer-Reichmann selbst gezogene Schlußfolgerung, die Nachwirkung der schweren Geschütze stelle eine solche gewaltige Beeinflussung des psychophysischen Organismus dar, daß sie ceteris paribus bei einem Betroffenen zur pathogenen werden kann (nicht: muß), an sich schon eine gewisse Abschwächung ihres obigen Standpunkts bedeuten.

In ätiologischer Beziehung halten sie die verschiedenen bei Granatexplosionen vorhandenen physikalischen und psychischen Begleiterscheinungen für fähig allein oder in Kombination eine Granaterschütterung zur Auslösung zu bringen und erklären daraus die schwierige und nur annäherungsweise auf Grund der jeweiligen Symptome durchführbare Entscheidung im Einzelfall. Den rein psychischen Shock halten sie für relativ selten, ebenso wie die rein organische Ätiologie für sicher selten. Von letzterer hatten sie nur etwa $^{1}/_{8}$ soviel Fälle von Granatexplosionsneurose, ein Zahlenverhältnis, das sie freilich wegen der vorherigen Ausschaltung eines beträchtlichen Teils durch Tod und schwerste organische Schädigung aus der neurologischen Beobachtung nicht als richtig anerkennen. In symptomatologischer Beziehung heben sie hervor, daß die Granatexplosion je nach Art der angreifenden traumatischen Komponente zwar sehr vielgestaltige Krankheitserscheinungen hervorruft, daß es aber kein für die

---

[1]) Die Frage der Bezeichnung ist an sich gewiß belanglos und im wesentlichen Sache des Übereinkommens. Immerhin meine ich: Nimmt man einmal die äußere Ursache als Grundlage für die Benennung, so ist es doch am zweckmäßigsten, man beschränkt sich darauf, ohne sich auch noch auf die Art der Wirkung festzulegen. Also statt Granatkommotion, Granatkontusion u. dgl. einfach und nichts präjudizierend: Granatexplosionsneurosen.

nervösen Granatexplosionsstörungen charakteristisches Krankheitsbild gibt, sondern daß je nach den verschiedenen ätiologischen Begleiterscheinungen verschiedenste an sich nicht neue Krankheitstypen funktionell-nervöser, organischer und rein psychotischer Natur zustande kommen, von denen am häufigsten die ersteren, obenan die traumatische Neurose, die letzteren beiden viel seltener sind. Nur das Zusammentreffen verschieden bedingter Symptome bei einem Kranken, das den gleichzeitigen Nahwirkungsmöglichkeiten ein und derselben Granatexplosion entspreche, erscheine hier häufiger und dadurch viel charakteristischer als bei andern Traumen.

Die Prognose dieser funktionell nervösen Störungen nach Granatexplosion halten sie für im großen ganzen ungünstig, da sie sich im wesentlichen auf oft zweifelhafte Teilheilungen der akuten Symptome beschränke.

v. Sarbo hält auch gegenüber weiteren Erfahrungen an dem organischen Charakter der nervösen Granatexplosionsfolgen fest. Er spricht das „reine" Bild der Granatfernwirkung als Erschütterung des Zentralnervensystems an und setzt „mikrostrukturelle" Veränderungen, minimale Erschütterungsfolgen in der Struktur von Nervenzellen und -fasern voraus. Diese Quetschungen, evtl. meningeale Veränderungen, minimale Blutungen bewirkten je nach der Lokalisation organische Zustandsbilder verschiedener Art, die bei Schwinden der betreffenden oft minimalen organischen Zeichen allgemein für funktionelle gehalten würden. Die Heilung durch Hypnose u. dgl. erfolge, weil die Fälle sowieso im Abklingen begriffen seien. Beim Perseverieren der Symptome spielten freilich psychische Momente eine große Rolle. Die Verschiedenheit dieser „postkommotionellen" Zustandsbilder gegenüber den Friedensfällen erkläre sich aus der Verschiedenheit der Erschütterungsart. Nebenbei sei hier noch im Hinblick auf die sog. objektiven Zeichen der Hysterie bemerkt, daß v. Sarbo Conjunctivalanästhesie und Rachenareflexie für durchaus normale Erscheinungen hält.

Die Schwierigkeit, Granatkontusionsfolgen stets richtig zu deuten, wird man anerkennen dürfen. Sie kommt u. a. auch in zwei von Cassirer angeführten Fälle zum Ausdruck, die bis auf eine Areflexie, resp. pathologische Hyporeflexie sonst im wesentlichen ein psychogenes Krankheitsbild boten. Cassirer denkt an eine Art fortgesetzter Shockwirkung auf den für derartige Einwirkungen so außerordentlich empfindlichen Reflexmechanismus der Sehnenphänomene, deren materielle Grundlage in feineren Veränderungen, vielleicht nicht gerade Blutungen, sondern Nekrosen zu suchen sei. Nun gäbe es zahlreiche Stellen im Zentralnervensystem, bei denen anatomische Veränderungen von ganz gleicher Intensität wie die, die hier die Sehnenreflexe in so evidenter Weise schädigten, ohne jedes klinische Korrelat blieben, so daß also in diesen Fällen neben den beherrschenden klinischen Symptomen funktioneller Entstehung und zwischen ihnen feinere anatomische Veränderungen ohne klinischen Ausdruck oder mit solchem unsicherer Deutung vorkämen. Bonhöffer rechnet speziell Fälle, bei denen keine eigentliche Benommenheit, dagegen Schlafsucht, etwas schwere Besinnlichkeit, reizbare Verstimmung, in einzelnen anscheinend auch Herabsetzung der Pupillenreaktion vorlag, zu den organischen Granatkontusionswirkungen. Gum-

pertz rät auf Grund der Erfahrungen nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen zur Vorsicht in der Annahme von Hysterie bei Analgesie und Amyosthenie nach Kopfverletzungen, da er ähnliches auch bei reiner Gehirnerschütterung sah. Daß übrigens die Bewußtseinsstörung im Anschluß an die Granatexplosion ganz verschieden gedeutet wird (als organisch-kommotionell, hysterisch, vasomotorisch usw.), sei kurz hier noch hervorgehoben.

In diagnostischer Hinsicht betonen Schultz und Meyer die Unentbehrlichkeit der Báránygschen Vestibularprüfung wie überhaupt der otologischen Untersuchung für die präzise Differenzierung der Bilder nach Granatshock. Sie machen im übrigen unter Heraushebung eines organischen Moments einen Unterschied zwischen den Fällen mit traumatischer Trommelfellruptur und ohne solche, von denen die ersteren, wohl weil das zerstörte Trommelfell einen schnelleren Ausgleich der Gleichgewichtsschwankungen und Druckaffekte im inneren Ohr gestatteten, eine günstigere Prognose gäben. Im übrigen hängt die Prognose nach ihnen auch von der Belastung ab, insofern bei unbelasteten Individuen auch relativ schwere Labyrintherschütterungen und Ohrstörungen nach Granatshock ohne wesentliche begleitende psychisch nervöse Ausfallserscheinungen verliefen und die Krankheitserscheinungen auch den objektiven Symptomen entsprechend abklängen, so daß in ziemlich kurzer Zeit ein reizloser Defektzustand sich ausbilde. Im Gegensatz dazu bestehe bei belasteten Individuen neben der Vielgestaltigkeit der Krankheitsbilder, dem Hervortreten von sonstigen psychopathischen Krankheitszügen und vielfach progressiven Entwicklung der Erscheinungen nach einer Inkubationszeit, eine geringe Tendenz zur Genesung. Schultz-Meyer betonen also gerade den grundsätzlichen Gegensatz zwischen belastet und belastet, den Meyer-Reichmann nicht gelten lassen, lassen aber die psychischen Faktoren (Begehrungsvorstellungen u. dgl.) in ihrer Bedeutung für die klinische Entwicklung des Krankheitsbildes gegenüber den mechanischen und konstitutionellen zurücktreten.

In symptomatologischer Hinsicht mögen schließlich noch die von Labor beobachteten unregelmäßigen, ohne nachweislichen Anlaß aufgetretenen Fieberzustände nach Granatkontusion und Erschütterungen erwähnt sein, bei denen Labor an eine Schädigung des Wärmeregulationszentrums denkt und wegen mancherlei Ungewöhnlichkeiten eine nervöse Störung vermutet.

Daß auch der Gesichtsausdruck symptomatologische und diagnostische Bedeutung in solchen Granatexplosionsfällen gewinnen kann, dafür spricht Meyer-Reichmanns Hinweis auf den ängstlich-gequälten Ausdruck vieler Granatgeschädigten, der sich an frischem Krankheitsmaterial beobachten ließ. Besonders die Fälle mit Mutismus und Taubstummheit boten den „fixierten Momentausdruck des heftig erschrockenen Menschen“ Es wäre meines Erachtens ja in der Tat auch merkwürdig, wenn die Affektausdrucksfixierung gerade das Gebiet übergehen sollte, wo der Affekt sich am häufigsten, gleichartigsten und charakteristischsten niederschlägt. Im übrigen ist ja ein charakteristischer Gesichtsausdruck bei psychogen Er-

krankten speziell bei Untersuchungshaftpsychosen erfahrenen Beobachtern schon lange bekannt.

Jolly spricht die Hörstörungen als so charakteristische Zeichen der Granatexplosionsneurosen an, daß er sie gegenüber den andern Kriegsneurosen differentialdiagnostisch hervorhebt.

Uhlmann versucht schließlich die Abderhaldensche Fermentreaktionsmethode für die Erkennung der Granaterschütterungsstörungen heranzuziehen. Er fand im Blute solcher Kranken ausnahmslos Nebennieren abbauende Fermente, in vielen Fällen solche für Rückenmark, Hypophyse und Halsganglien. Hirnrinde und sonstige Organe wurden nie abgebaut. Uhlmann schließt daraus auf eine Dysfunktion speziell des Markes des Sympathicus und der Nebennieren, Organe, die anatomisch und physiologisch in inniger Beziehung stünden, und deren Dysfunktion mit den mechanischen wie psychischen Ursachen der Granaterschütterung zusammenhänge.

Unter den einzelnen psychogenen Bildern spielen die Sprach- und Hörstörungen auf der einen, die Zittererscheinungen auf der andern Seite die größte Rolle. Sie wird man daher wohl den häufigsten kriegsneurotischen Äußerungsformen zurechnen dürfen.

Seige, der im übrigen — ähnlich wie ja auch andere Autoren — auf Grund persönlicher Fronterfahrungen die nicht allzu große Häufigkeit der funktionell nervösen Erkrankungen betont, stellt besonders die hysterische Taubstummheit in den Vordergrund. Er sah sie im Gegensatz zu ihrer Seltenheit im Frieden in 7 Kriegsmonaten unter allen Hysterien in 7,2% der Fälle, unter allen funktionellen Neurosen in 4,2%, doppelt so häufig als hysterische Gliederlähmungen, 4mal so häufig wie Sehstörungen. Die Sprachstörungen im allgemeinen machten 11,5% aller Hysterien aus. Die besondere Bedeutung des Granatfeuers für Fälle dieser Art wird bewiesen durch die Häufung von solchen nach einem schweren Gefecht mit 30stündiger schwerster Beschießung und schweren körperlichen Entbehrungen, wo mehrere Taubstumme neben einer großen Zahl von leichteren Sprachstörungen auf der Abteilung aufgenommen wurden, daneben auch noch Erkrankte auf andern Stationen. Psychische Infektion war ausgeschlossen, da die verschiedensten Truppenteile beteiligt waren. Die Prognose war in allen diesen Fällen gut. Nach knapp einem Monat bot keiner von ihnen mehr die krankhaften Symptome; bei dreien kam es allerdings bei einer ziemlich lebhaften Fliegerbeschießung vorübergehend zu einem leichten Rückfall.

Zur Charakteristik der physiologischen Schreckwirkung auf diesem Gebiete ist vielleicht auch die Seigesche Beobachtung bemerkenswert, wo bei einem Arzt, der, ohne jede Spur von Hysterie, den ganzen Feldzug mitgemacht hatte und Beschießungen gewohnt war, im Anschluß an die bloße Wahrnehmung eines Granateinschlags in einen Stall, durch den eine Anzahl Pferde getötet wurde, eine geraume Zeit anhaltende Unfähigkeit zum Sprechen auftrat.

Urbantschitsch führt Fälle von hysterischer Taubstummheit an, gleichfalls vorwiegend im Gefolge von Granatexplosionen, aber auch nach Hitzschlag und Typhus, Fälle, die teilweise durch frühere hysterische Sym-

ptome oder nervöse Ohraffektionen disponiert waren. Bei etwas über $^1/_3$ bestanden auch noch organische Störungen, einmal lag eine außerordentliche seltene hysterische Vestibularaffektion vor. Die Krankheitsdauer betrug meist 1—4 Monate.

Meyer und Reichmann sahen funktionelle Vertaubung immer von hysterischem Mutismus begleitet. In einem Falle heilte die nach Minenexplosion entstandene hysterische Taubstummheit nach zweitägigem Klinikaufenthalt durch Stoß von der Chaiselongue. — Im Hinblick auf solche psychogenen (Traum-, Schreck-, Suggestiv- usw.) Heilungen sei hier noch bemerkt, daß Sarbo auch die Fälle von Taubstummheit mit nachfolgender Heilung für seine mikrostrukturellen organischen Störungen in Anspruch nimmt, und daß Oppenheim die Frage, ob die durch einen Detonationsshock hervorgerufenen Formen von Taubheit und Stummheit zur Hysterie gerechnet werden müßten, noch für eine offene hält.

Bei dieser verschiedenartigen klinischen Stellungnahme gewinnen die Anschauungen von Nicht-Neurologen, speziell von Sprachärzten, hier ein besonderes Interesse. Nach Gutzmann kommen zunächst leichtere und vorübergehende Stimm- und Sprachstörungen nach starken, meist kurzen Affektwirkungen im Felde häufig vor, und zwar nicht nur Stimmlosigkeit, sondern auch Sprachlosigkeit und leichte spastische Artikulationsstörungen. Daß auch nach Verletzungen der Zentralorgane die verschiedensten Sprachstörungen: neben Aphasien Dysarthrien, insbesondere Bradyphasie, mehrfach sogar typische spastische Dysarthrie (Stottern) zur Beobachtung kamen, sei nebenbei gleich mit erwähnt. Eine besondere Gruppe bilden für Gutzmann die ohne äußere Verletzungen im Anschluß an in diesem Kriege besonders zahlreich vorkommenden Erschütterungen des ganzen Körpers, speziell des Kopfes bei Verschüttungen entstandenen Stimm- und Sprachstörungen, für die er eine schwere innere Erschütterung des Gehirns—erschlossen aus der sofortigen und langdauernden Bewußtlosigkeit — und damit eine innere Verletzung des Sprachorgans voraussetzt und die er entschieden von den psychogenen resp. hysterischen abrückt. Die so entstandenen Stimm- und Sprachstörungen, auch spastische Dysarthrien sind verschiedenster Art, gehen auffallend oft mit starken Ermüdungserscheinungen einher und sind meist sehr schwer zu behandeln. Daß diese Störungen bei den durch Verschüttung „innerlich Verwundeten“ vielfach wesentlich schwerer und langwieriger waren als bei den mit äußeren Verletzungen deutet Gutzmann ebenso wie die z. B. bei dem Müllheimer Eisenbahnunglück beobachtete analoge Erfahrung, wonach nervöse Folgeerscheinungen viel weniger bei den Schwerstverletzten als bei den anderen auftraten, in dem Sinne, daß die äußere Verletzung wie ein wohltätig wirkendes Ventil als physikalische Abreaktion wirkte. Nun, an dieser Stelle braucht man ja nicht erst zu sagen, daß sich dafür auch weniger physikalische als psychologische Ursachen denken lassen.

Recht häufig waren des weiteren habituelle Stimmlähmungen in Form von Aphonie, heiserer Stimme u. a., die im Anschluß an Katarrhe bei schon vorher bestehender Minderung der Willenskraft auftraten und

durch Übungsbehandlung bei einer — nicht immer vorhandenen — bona voluntas rückfallslos beseitigt wurden.

Im Gegensatz zu diesen nicht ohne weiteres der Hysterie zuzurechnenden Stimmstörungen erklärt Gutzmann rein hysterische Kriegsaphonien für verhältnismäßig selten und hysterische Aphasien und Dysarthrien für noch seltener. Die durch reine Affektwirkungen entstandenen psychogenen Stimm- und Sprachstörungen — die Gutzmann also anscheinend nicht mit den hysterischen identifiziert — waren dagegen zahlreich, gewöhnlich handelte es sich um spastische Dysarthrien, die weitaus am häufigsten bei solchen Soldaten auftraten, die schon von früher her eine Prädisposition mitbrachten oder bei denen das Stottern schon vor dem Kriege, allerdings in viel geringerem Grade, vorhanden war. Daß bei zweien von ihnen das Leiden unter dem Einfluß der Kriegsgefangenschaft aufgetreten war, interessiert vielleicht hier noch im Hinblick auf die Seltenheit der psychoneurotischen Störungen bei Kriegsgefangenen. Starkes Stottern hat übrigens nach Gutzmanns Erfahrungen eine militärische Bedeutung, insofern bei einigen, als sie auf ausdrücklichen Befehl nicht antworteten, Gehorsamsverweigerung angenommen wurde. Therapeutisch spricht er sich auch hier für Übungsbehandlung aus.

Was schließlich die Zahlenverhältnisse angeht, so machten unter Gutzmanns Material die durch äußere Verletzungen entstandenen Störungen 35%, die durch Erschütterungen 30% und die übrigen durch Erkrankungen verursachten — unter denen, wie gesagt, rein hysterische sehr selten waren — wiederum 35% aus. Den neurologisch Eingestellten wird an diesen Feststellungen wohl am meisten die Seltenheit der hysterischen Störungen überraschen: Gutzmann sah unter zahlreichen Sprach- und Stimmgestörten nur einige wenige. Wenn man nicht Besonderheiten in der Zusammensetzung des Materials zur Erklärung heranziehen und nicht annehmen will, daß die Hysterischen unter den Stotterern stecken, die Gutzmann im wesentlichen den psychogenen zurechnet, wird wohl nichts übrig bleiben, als sie unter den Erschütterten zu suchen.

Uffenorde läßt die bei Explosionsschwerhörigkeit sehr häufige Sensibilitätsstörung nicht ohne weiteres als hysterisch gelten und denkt an eine Shockwirkung auf die Endapparate der sensiblen Nerven durch Luftdruck und -anprall.

Fröschels berichtet über Fälle von traumatischem Kriegsstottern ohne äußere Verletzung. In den Fällen nach Schrapnell- oder Granatexplosion trat die Sprachstörung unmittelbar nach dem Trauma in ihrer schwersten Form auf, so daß die Fälle sich schon durch diesen Beginn charakteristisch vom Entwicklungsstottern unterschieden. Einmal entwickelte sich die Störung allmählich im Laufe wochenlanger Märsche unter allerhand Strapazen. Mehrfach stellte sich das Stottern ein, als die Sprache bei Patienten, die nach Granatexplosion taubstumm gewesen waren, wiederkehrte, ein Entwicklungsgang, den Weber übrigens als den gewöhnlichen hinstellt und der mir eigentlich auch für die psychogene Natur der Störung zu sprechen scheint. Denn wie anders als durch das Hineinspielen psychogener Faktoren soll man es erklären, daß der Weg von der Stummheit zur Heilung

über ein solches eigentümliches funktionelles Zwischenstadium führt, während dessen nicht nur Stottern, sondern die verschiedensten Sprachabweichungen[1]) vorkommen. Im übrigen führt auch Fröschels ebenso wie Gutzmann neben dieser Gruppe dann noch solche an, bei denen das Stottern schon vor dem Kriege bestand und sich im Kriege evtl. verschlechterte, sowie solche, die nach Schädelschüssen zu stottern begannen. Als Unterscheidungsmerkmal zwischen frischem traumatischem und altem Stottern, das bei Rentenansprüchen angeblich durch den Krieg zu Stotterern Gewordenen praktisch Wichtigkeit gewinnen kann, hebt er vor allem die Embolophrasie — den Gebrauch von Lauten, Silben usw., die nicht zum beabsichtigten Gedankengang gehören und nur über die Sprachschwierigkeiten hinweghelfen sollen — als ein nur bei inveteriertem Stottern zu findendes Kennzeichen hervor. Ihr Vorhandensein läßt sich auch zum Beweis, daß das Stottern nicht simuliert ist, verwerten.

Fröschels weist auch auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen organischen und nicht organischen Sprachstörungen hin, da beispielsweise auch die Hauptmerkmale des Stotterns sich bei verschiedenartig bedingten Fällen finden.

Funktionelle Larynxstörungen beobachtete Ammersbach unter einer Gesamtzahl von behandelten Fällen in ungefähr 3%. Der Mehrzahl der Fälle von reiner Aphonie lag eine Internusparese, weit seltener eine Transversusparese, etwas häufiger eine Kombination von beiden zugrunde. Des weiteren wurde Lähmung sämtlicher Adductoren und (in einem Falle) des Cricothyreoideus beobachtet. Zahlreich waren die spastischen Aphonien, für deren Auftreten besonders die recht häufige Kombination mit Laryngitis in Frage kam. Gelegentlich kamen psychische Infektionen in Betracht. Auch bei besonderen Anlässen, z. B. Weihnachten, kam es wohl aus Wunschtendenzen heraus zu einer besonderen Häufung der Fälle. Daß die Spastiker im Sinne einer Beschäftigungsneurose zu einem größeren Prozentsatz den militärischen Chargen angehörten, die dienstlich zu starker Inanspruchnahme der Stimme gezwungen sind, konnte Ammersbach im Gegensatz zu Haslauer nicht feststellen.

In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Urbantschitsch bei diesen Sprachstörungen einen starken faradischen Schlag auf den Kehlkopf als souveränes Mittel, das schon in ein oder zwei Sitzungen Heilung bringe. Dem schließt sich auch Pollack an und rät zu dem gleichen Versuch bei sonstigen hysterischen Funktionsstörungen. Muck erzielte durch Einführung einer Kugel zur Erzeugung von Erstickungsangst und Hervorrufung eines Angstschreis bei Aphonien sofortigen und dauernden Erfolg, wobei bemerkenswerter- und — Krankheitswunsch! — auffallenderweise auch gleich die gedrückte Stimmung in eine freudige überging. Beachtenswert ist auch Mucks Feststellung, daß dem Krieger, dem die Stimme in der Kehle steckenblieb und der sie wiedergewinne, im allgemeinen zu Rückfällen nicht dispeniert sei, und daß die Heilung der hysterischen Aphonien aus Friedenszeiten bei weiblichen Personen mit diesen hier nicht auf eine

[1]) Z. B. infantile Sprechweise u. dgl.

Stufe zu stellen sei. — Jolly sah Besserungen bei hysterischem Mutismus unter Alkoholeinfluß. Hartmann empfiehlt den Versuch der Übungsbehandlung.

Aus der Einzelkasuistik seien zunächst einige Fälle von Meyer, speziell im Anschluß an Granatexplosion, angeführt: Hysterische Sprachstörung mit Mutismus in der Ruhelage und Stottersprache beim Umhergehen (daneben starke nervöse Übererregbarkeit, lautes Schreien, Sachbeschädigung, Aggressivität bei geringen Aufregungen). — Hysterische Taubstummheit mit Sehschwäche, mit Auftreten von unbeeinflußbarem Stottern nach schnell erfolgter Heilung. — Starke funktionelle Schwerhörigkeit mit hochgradiger hysterischer Sehstörung und Gesichtsfeldeinengung (psychisch sehr labile Stimmung, Wechsel von depressivem mit megalomanischem Verhalten). Oppenheim sah nach mehrfachen Schädigungen u. a. Mutismus mit Stereotypie: Schmalzen mit den Lippen, ohne ein Wort hervorzubringen. Uffenorde erwähnt einen Fall von hysterischer Kriegstaubstummheit mit erhaltenem Melodiengehör.

Pelz führt einen Fall von hysterischer Aphasie an, der dem Zustandsbild nach einer sensorischen resp. transcortical-sensorischen Störung ähnelte und ohne sichern Anlaß angeblich nach Gehirnerschütterung bei einem Soldaten aufgetreten war. Dabei bestand etwas kindlich Geziertes, Gewolltes in den sprachlichen Äußerungen, interesseloses, stumpfes psychisches Verhalten, gesteigerte, affektive Erregbarkeit und erhöhte Labilität. Die Sprachstörung selbst war besonders von solchen abnormen Stimmungen abhängig. —

Die gleichfalls in ihrer Häufigkeit allgemein anerkannten Zittersymptome werden vor allem von Maiendorff gewürdigt. Er stellt drei klinische Typen auf, die allerdings weniger auf grundlegenden klinischen Differenzen als auf lokalisatorischen Äußerlichkeiten aufgebaut zu sein scheinen:

1. grobschlägiger rhythmischer Tremor des rechten Armes, monosymptomatisch oder als Teilerscheinung einer ausgesprochenen Hysterie auftretend und mit Armanästhesie verbunden;

2. grobschlägiger, in Intensität an- und abschwellender Tremor beider Beine, zumeist verbunden mit Analgesie der Unterschenkel und mit scheinbarer, durch aktive Muskelinnervation ohne Spasmen bedingter Einschränkung der passiven Beweglichkeit in den Kniegelenken;

3. klonischer universeller Tremor, der sich vorübergehend auch auf einzelne Extremitäten beschränkt, besonders stark an der rechten oberen Extremität ausgeprägt ist, die Psyche erheblich in Mitleidenschaft zieht und sich bei starken Anstrengungen oder Aufregungen entwickelt oder ein stabiles Krankheitsbild darstellt.

Ätiologisch sind die Fälle anscheinend nicht einheitlich. Maiendorff führt die verschiedensten Momente an: direkte Heredität, längeres Verweilen im Wasser, Granatexplosionen mit Bewußtlosigkeit usw. Einwandfreie ursächliche Beziehungen zu den Kriegserschütterungen waren übrigens auch nur in einer beschränkten Zahl der Fälle nachweisbar. Psychogen sind diese Zitterformen nach Maiendorff nur in den wenigsten

Fällen. Er hält sie eher für Kommotionsneurosen, bei denen die materielle Erschütterung des Nervensystems auslösend gewirkt habe. Allerdings gebe es auch Zitterformen, die nicht auf ein physisches Trauma zurückzuführen sind, wie insbesondere solche an den Beinen, die sich im Anschluß an chronische Arthritiden einstellen, oder die monosymptomatischen Tremoren des rechten Armes, denen Surmenage zugrunde liege.

Als besondere Gruppe nennt Maiendorff noch die „Hysterien reflektorischen Ursprungs“, für deren eigenartige Genese er den Beweis darin sieht, daß nur eine mechanische Veranlassung (z. B. Streckversuch der kontrakturierten Finger), dagegen nicht eine psychische (etwa eine bloße Annäherung und eine auf Eröffnung der Hand hinzielende Bewegung) den Clonus hervorzurufen vermag — eine Beweisführung, die doch wohl kaum ausreichend erscheinen dürfte. Suggestiverfolge waren bei diesen Zitterfällen immer nur vorübergehend, so daß es nach Maiendorff auch bedenklich ist, solche Geheilte als felddienstfähig zu erklären. Gegen Simulation sprach schon das mehrstündige Anhalten, abgesehen von sonstigen allgemeinen klinischen Eigenheiten.

Vielleicht ist es nicht uninteressant zu erwähnen, daß Maiendorff mit der Erklärung dieser anscheinend von ihm selbst nicht als ganz einheitlich aufgefaßten Zitterformen sich den Oppenheimschen Anschauungen nähert, während dieser gerade für die Tremorarten noch am ehesten eine psychische Genese gelten läßt.

Auch Bonhöffer hebt auf Grund von Beobachtungen aus der Verdunoffensive und nachher Zitterzustände als die relativ häufigsten Formen funktionell neurotischer Störungen heraus, und zwar bei durchweg Unverwundeten, vorwiegend nachweislich konstitutionellen Psychopathen. Auf Gaupps Betonung der besonderen Häufigkeit des Schütteltremors bei älteren ungedienten Mannschaften mag hier auch noch einmal kurz zurückverwiesen werden.

Von Einzelfällen sind zu nennen: Tremor der einen Halshälftenmuskulatur, Tremor der einen Gesichtshälfte mit entsprechender Analgesie (Maiendorff), Tremor von Kopf und Rumpf mit hysterischer Parese der Strecker des Kopfes und der oberen Brustwirbelsäule (Kaufmann).

Was sonst an veröffentlichten Einzelfällen noch heraushebenswert erscheint, wird je nach Art und Umfang der persönlichen Erfahrung und der wissenschaftlichen Interessen verschieden sein. — Zunächst einige Reizsymptome: Hemispasmus glossomaxillofacialis neben anderen Symptomen bei traumatischer Hysteroneurasthenie nach Granatexplosion (Oppenheim).

Lokale traumatische Hysterie nach Schulterschußverletzung mit Armkontraktur, die nach langem Bestehen im Anschluß an eine kurze Narkose und eintägigen Streckverband plötzlich in eine schlaffe Armlähmung überging und im weiteren Verlauf wieder zu Neuauftreten der Kontraktur unter dem Einfluß des Schmerzes bei passiven Bewegungen führte (Buttersack).

Intensive sehr schmerzhafte klonische Krämpfe der tiefen Halsmuskulatur bei Kopfbewegungen nach links im Anschluß an eine Halsschußverletzung bei einem Soldaten, der zunächst die Erscheinungen einer Häma-

tomyelie der einen Rückenmarkshälfte geboten hatte (Higier). Die Störungen sind nach Higier nicht psychogener Natur, sondern hängen von einer tiefen Narbe ab, die wahrscheinlich von den oberen Halsmuskeln gedrückt werde.

Ungewöhnliche alternierende rhythmische Bewegungen des Kopfes und Gleichgewichtsstörungen — aber ohne entsprechende Augenmitbewegungen — im Anschluß an eine Schrapnellverletzung des Hinterkopfes (Infeld). Infeld hält den Fall für organisch, trotzdem er ihn nicht in ein bekanntes Krankheitsbild einreihen kann. Redlich beweist durch einen prompten psychotherapeutischen Erfolg seine funktionelle Natur.

Myotonoclonia trepidans nach Trauma mit Crampi und klonischen Zuckungen bei nur geringer Ausdehnung der Schrittlänge (Oppenheim).

Hysterische Pseudotetanie mit Pseudo-Trousseau bei gleichzeitigem pseudospastischem Gang (Gräfe).

Auf die von Schanz hervorgehobenen Fälle von „Insufficientia vertebrae", charakterisiert durch Schmerzhaftigkeit der Wirbel und krampfhafte Spannung der langen Rückenmuskeln, mag im Hinblick auf die Unterscheidung von entsprechenden nervös bedingten Symptomen noch kurz hingewiesen werden. Das Krankheitsbild kommt nach Schanz bei Kriegsverletzten in überraschender Schwere und Häufigkeit vor, ist durch einen Reizzustand der Wirbelsäule gekennzeichnet und entsteht durch Belastung der Wirbelsäule und ihrer statischen Tragkraft. In einem Falle bestanden ununterbrochene Schüttelbewegungen des Kopfes, durch einen schmerzhaften Bezirk in der Halswirbelsäule bedingt.

Von Krampfanfällen erwähnt Krisch allgemeine tonische Krämpfe, die bei einem vorher nicht nervösen, gegen die Kriegsstrapazen widerstandsfähigen Soldaten häufig auftraten, nachdem er mit tonischen Krämpfen in den Beinen und halbtägiger völliger Bewußtlosigkeit fieberhaft erkrankt war. Sie gingen zum Teil mit Eiweißausscheidung und Temperaturerhöhung einher, traten besonders häufig zur Zeit anderer körperlicher Erkrankungen auf, erfolgten auch nachts und aus dem Hyoscinschlaf heraus, waren auch durch Anlegen einer Stauungbinde am Arm auslösbar und wurden stets prompt durch Kochsalzinjektionen („indianisches Pfeilgift") kupiert. Psychisch bot der Fall nichts Besonderes, neurologisch allgemeine Analgesie, keine Muskelerregbarkeitssteigerung, geringen Chvostek, AnÖZ. vor AnSZ., zeitweise AnÖTe, erleichterte faradische Nervenerregbarkeit.

Krampfanfälle mit Urinabgang und Pupillenstarre als Symptome der traumatischen Neurose im engeren Sinne führt Oppenheim an.

Von cerebellaren Symptomen erwähnt Beck eine traumatische Neurose nach Schrapnellverletzung, die ohne Anzeichen einer Kleinhirn-, Vestibular- u. dgl. Affektion eine deutliche Beeinflussnng der Fallrichtung des Körpers durch Veränderung der Kopfstellung beim Rombergschen Versuch bot, was bisher als charakteristisch für vestibulare Gleichgewichtsstörungen galt, Kaufmann einen Fall von pseudocerebellarer Ataxie mit ticartigen Zuckungen der Schultern und oberen Extremitäten.

Einen Fall von psychogener Amaurose, deren Seltenheit Oppenheim

betont, sah Binswanger bei einem Soldaten, dem bei einer Granatexplosion Erde in das eine Auge geflogen war. Allmähliche Besserung des erblindeten Auges durch Occlusivverband des gesunden und Belehrung, wobei auffallenderweise noch Leseunfähigkeit trotz Erkennens aller Gegenstände zurückblieb.

Löhlein führt eine psychogene Blicklähmung nach heftiger Beschießung im Schützengraben an, bei der völlig starrer Blick mit beiderseitiger Lähmung aller äußeren Augenmuskeln bestand. Bei Augenbewegungsversuchen Lidkrampf und krampfartige Zuckung der mimischen Muskulatur. Langsame Besserung der als psychische Hemmung aufgefaßten Störung.

Bezüglich der Sensibilitätsstörungen weist Trömner im Gegensatz zu Böttgers Hervorhebung der Massivität resp. Maximalität der hysterischen Symptome auf das Vorkommen ganz leichter Empfindungsstörungen bei Kriegshysterien hin, die als Dauerhemmungen gewisser psychophysischer Komplexe, wie sie die Motilität und Sensibilität unserer Gliedabschnitte darstellten, aufzufassen seien. Hierbei möge nochmals an Hoffmanns Feststellungen von Sensibilitätsstörungen am äußern Ohr bei Detonationsverletzungen des Gehörorgans erinnert werden, deren besondere Häufigkeit auch Seige bei hysterischer Taubheit anerkennt.

Bei den psychogenen vasomotorischen, sekretorischen und trophischen Störungen muß zunächst darauf zurückverwiesen werden, daß Oppenheim sie in Beziehung zu seiner traumatischen Neurose im engeren Sinne, speziell auch zur Reflexneurose bringt. Er führt u. a. einen Fall von traumatischer Neurose an, der vasomotorische, sekretorische Störungen, Temperatursteigerung, sodann auch Krampfanfälle mit Pupillenstarre, monokuläre Diplopie, rechtsseitige Ptosis u. a. bot. Er bringt weiter Fälle von schlaffer Lähmung mit trophischen Störungen nach Schußverletzungen, auch eine ausgedehnte Alopecie mit lokaler Hyperalgesie bei traumatischer Hysteroneurasthenie. Auch eine sklerodermatische Form der traumatischen Neurose erkennt er an. Interessant ist übrigens unter den Oppenheimschen Fällen auch eine psychogene Respirationsstörung nach Gewehrschuß im Rücken bei Hysteroneurasthenie.

Von sonstigen Autoren erwähnt Mann starke vasomotorische Störungen bei hysterischer Kontraktur des Beines nach Granatverschüttung (teigige Verdickung und dunkelblaurote Verfärbung nach Art einer Venenthrombose), die bei suggestiver Beseitigung der Kontraktur vollkommen schwand, aber nach einigen Tagen neu auftrat. Schultze erwähnt hysterisches blaues Ödem bei einem Soldaten, das er nicht mit psychischen, sondern mit mechanischen Einflüssen in Verbindung bringt. Er läßt übrigens auch die Möglichkeit eines psychogenen Fiebers gelten. Bunnemann führt eine traumatische Kriegsneurose nach Fall in eine Wolfsschlucht an, die zunächst ticartige Erscheinungen bot und bei der sich ein im Verlauf von 6 Wochen vervollständigendes Weißwerden des Haupthaares einstellte. Nach über einjähriger Dauer kam es wieder zur Schwarzfärbung, wobei die einzelnen anfangs bis in die Spitze weißen Haare ebenso plötzlich ihre ursprüngliche Farbe wieder erhielten. Bunnemann weist darauf hin, daß man

dieses Symptom weder aus einer mechanischen Erschütterung kleinster Nerventeile im Sinne Oppenheims noch im Sinne einer oberflächlich verstandenen Psychogenese erklären könne. In einem Joelsohnschen Falle stellte sich 3 Tage nach schwerem Schreck infolge Schrapnellplatzen partielle Graufärbung des Haares ein, an die sich nach 3 Wochen, von den grauen Stellen ausgehend, Alopecia areata anschloß.

Erwähnt sei schließlich noch, daß Kehrer vasovegetative, trophische, hidrotische, kardiovasculäre Symptomenbilder gerade auch bei Kriegsneurotikern fand, die sich eines prononcierten Kriegserlebnisses (Granatshock u. dgl.) nicht im geringsten entsinnen konnten.

Eine Anzahl interessanter Kombinationen posttraumatischer organischer Nervenstörungen mit funktionellen finden sich bei Oppenheim, darunter eine Paraplegia inferior ohne alle spastischen Merkmale mit Anästhesie an Beinen und Rumpf, Harnverhaltung und Inkontinenz im Anschluß an eine Schußverletzung im Bereich der obersteu Brustwirbel. Anfangs als traumatische Nekrose des obersten Brustmarks mit besonders starker Beteiligung der Hinterstränge gedeutet, später im Hinblick auf die schnell erfolgende Besserung als wesentlich psychogen anerkannt, schließlich geheilt und felddienstfähig entlassen.

In diesem Zusammenhang mag schließlich noch ein Hauptmannscher Fall Erwähnung finden, bei dem eine progressive Muskeldystrophie hervortrat, nachdem eine durch Granatshock erzeugte Arm- und Beinlähmung geschwunden war. Hauptmann nimmt eine Beschleunigung des schon vorher vorhandenen dystrophischen Prozesses, mittelbar veranlaßt durch den psychischen Shock an, eine Auffassung, die speziell für die Frage der Dienstbeschädigung von Bedeutung ist.

Die psychogenen Störungen auf psychischem Gebiet beschränken sich im großen ganzen wieder auf die bisher gekennzeichneten Gruppen, die sowohl in der Front wie fern von dieser durch die verschiedensten Anlässe hervorgerufen wurden.

Depressionszustände, zum Teil mit Hemmung einhergehend, aber ohne Selbstvorwürfe und melancholische Wahnideen erwähnt Hübner. Einzelne Fälle boten starke Angst und zeitweise sogar Bewußtseinstrübung. Bonhöffer führt einen Offizier an, bei dem einige Stunden nach einer Granatexplosion plötzliches Weinen, Drängen nach Hause und eine nach einigen Tagen abklingende Depression eintrat.

Dämmerzustäude, zumal solche mit deliriösen Erscheinungen, werden wieder verschiedentlich aufgeführt. So z. B. boten von Oppenheims traumatischen Hysterien einzelne große Anfälle mit halluzinatorischen Delirien, ähnlich auch ein Fall von Hübner mit hysterischen Krampfanfällen und anschließenden deliranten Kampfszenen. Von sonstigen Dämmerzuständen erwähnt Hübner Fälle, die schon im Schützengraben begannen, zum Teil rezidivierten oder mit stuporösen Phasen wechselten und gelegentlich auch suggestiv auszulösen waren. Brückner führt einen für die Fixierung zufälliger Inhalte bezeichnenden Fall an. Er hatte bei einer Granatexplosion vor der Verschüttung noch das Kommando: „Nach links Anschluß nehmen“ verstanden und wiederholte nun unausgesetzt diese

Worte, antwortete auf alle Fragen nur mit militärischer Haltung, war im übrigen stuporös mit Visus attonitus und hatte eine Erinnerungslücke für etwa 12 Stunden. Ein weiterer Dämmerzustand Brückners im Anschluß an Granatfeuer bot zugleich Mutismus, Astasie und Abasie. Ein dritter war, als er im Festungsgebiet auf einsamem Posten im Walde plötzlich und unerwartet angerufen wurde, in einen Dämmerzustand mit akustischen und optischen Halluzinationen verfallen. Higier schildert einen hysterieähnlichen somnambulen Zustand nach Granatexplosion, den er dem von Millian als „Kriegshypnose" beschriebenen zurechnet. Der Patient befand sich halbbewußt mit geschlossenen oder über die Norm geöffneten Augen in einem Dämmerzustand, aus dem er sehr schwer zu erwecken war: Sensibilität aufgehoben, Bewegungen und Reflexe intakt, Pupillenreflexe träge, Reaktion auf äußere Reize gering oder fehlend. Dabei pendelartige Bewegungen des Kopfes in horizontaler und vertikaler Richtung Allmählich erfolgende Besserung. Erst Vorbringen einzelner unartikulierter Laute, dabei noch sehr vergeßlich. Amnesie für die ersten 6 Monate nach dem Unfall. In den ersten zwei Monaten ohne objektive Ursache, anhaltende subfebrile Temperatur (36,8—37,6).

Die Seltenheit von Ganserzuständen im Felde betont Seige auf Grund eigener und fremder Erfahrungen.

Von Hemmungszuständen kennzeichnet Hübner einen Fall, der stuporös mit stundenlang vom Kissen erhobenen Kopf dalag und aus dem Stupor heraus die gefährlichsten Angriffe auf seine Umgebung machte, dann auch abstinierte, hysterische Anfälle hatte und sich nachher wieder stuporös verhielt. Dabei bestand totale Analgesie. Hübner möchte in diesem und ähnlichen Fällen Dementia praecox ausschließen und im wesentlichen an eine funktionelle Neuropsychose denken. Auf Grund von Erfahrungen bei haftpsychotischen Zuständen ähnlicher Art glaube ich sagen zu müssen, daß man da aus dem Zustandsbilde allein kaum zu einer sicheren Entscheidung kommt und daß selbst ein noch so weitgehender hysterischer Einschlag eine Schizophrenie noch nicht ausschließt. Jolly führt übrigens Fälle von psychischer Hemmung nach Granatexplosion an, die sich an eine länger dauernde Bewußtlosigkeit anschlossen und die er im wesentlichen auf organische Hirnschädigungen zurückführt.

Meyer-Reichmann erwähnen speziell als Granatexplosionsfolgen akute Erregungszustände, Stuporzustände (in einem Falle traten danach noch Anfälle von Bewußtseinstrübung auf) und Verwirrtheitszustände (der eine Fall von der Truppe abgedrängt, sieben Tage verwirrt umhergeirrt, verurteilt und dann exkulpiert). Des weiteren eine Schreckneurose nach Granatexplosion mit psychischer Übererregbarkeit, Reizbarkeit, Unfähigkeit zu intellektueller Anspannung und anfallsweisen Gedächtnisstörungen, sodann auch Angstzustände mit Verfolgungsideen im Sinne von Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Schlacht-, Traumbildern und ähnliches.

Henneberg führt ein pseudokatatones Zustandsbild mit Pseudodemenz bei einem Landwehrmann an. Scheinbar hochgradige Verblödung (kann nicht mehr zählen, lesen und schreiben), starkes hyste-

risches Stottern, gleichzeitig Schütteln beider Arme, stereotype Haltung: steht oft stundenlang unbeweglich am Fenster. Von Natur geistesschwach, war er an schwerem Typhus mit Delirien und hochgradiger Verwirrtheit erkrankt. Nach vorübergehender Besserung entwickelte sich dann allmählich der jetzige Zustand von angeborener und postinfektiöser Geistesschwäche mit hysterischen Zügen und Pseudodemenz.

In einem Kastanschen Falle erkrankte ein eben beim Militär eingetretener Psychopath sofort unter einem Verwirrtheitszustande, nachdem er auf Körperpflege und Kleiderläuseplage hingewiesen worden war. Er sprach nichts und machte dauernde Bewegungen als ob er von Fingern und Händen die Läuse abschütteln wollte und sie aus den Haaren zu entfernen suchte. — Weygandt erwähnt einen freiwilligen Flieger, der bei Beobachtung eines tödlichen Fliegerunfalls einen Schreck erlitt, wegen unerlaubter Entfernung festgenommen, in Arrest einen Erregungszustand durchmachte, in dem er sich als Kommandant von Löwen bezeichnete.

Auf einzelne akut paranoide Zustandsbilder, die durch eine episodische mehr oder weniger ausgeprägte Kritik für das Krankhafte der Halluzinationen ausgezeichnet waren und hysterisch-neurasthenische Züge boten, weist Hübner hin. Fälle dieser Art, die anscheinend doch psychogen sind, sind gewiß veröffentlichenswert, da psychogen-paranoische Bilder aus dem freien Leben noch lange nicht genug bekannt sind. Ausreichende Katamnesen sind freilich Voraussetzung.

Von zwangsneurotischen Störungen im Zusammenhang mit den Kriegserregungen führt Kafka den Fall eines belasteten nervösen bisher von Zwangserscheinungen oder Phobien freien Soldaten an, bei dem im Anschluß an eine Granatexplosion nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit unter Angst deutlich Zwangsvorstellungen hervortraten. Auf Vorposten drängte sich ihm die Vorstellung auf, zu den Franzosen übergehen zu müssen; sah er eine Waffe, so hatte er den Zwang jemand damit zu töten. Als Folge dieser fortwährenden Zwangsideen stellte sich Depression mit Suicidideen ein. — Ein anderer Fall mit ähnlichen anamnestischen Daten litt seit der Belagerung von Antwerpen, an der er teilnahm, an schweren Träumen und wurde im Halbschlaf durch den Zwang gestört, seinen Vater den er sehr liebte, zu töten. Am Tage grübelte er über die Zwangsvorstellung nach. Außerdem hatte er noch an anderen Zwangssymptomen, Agoraphobie usw. zu leiden. Von körperlich bemerkenswerten Störungen bestanden hier Erscheinungen einer Hyper- resp. Dysfunktion der Schilddrüse ohne die typischen Basedowsymptome. — In einem Stelznerschen Falle trat bei einem belasteten Patienten nach einer Granatexplosion zunächst ein kurzdauernder Verwirrtheitszustand auf, danach monatelang ein melancholisches Bild. Dabei litt er unter der Befürchtung, die Wände des Zimmers würden in der Nacht zusammenstürzen, er mochte mit niemand zusammen sein und geriet beim entferntesten Kanonendonner in starke Erregung und Schlaflosigkeit.

Daß die psychogenen Störungen auf psychischem Gebiet gegenüber den körperlichen an Zahl unter den Kriegserkrankungen wesentlich zurück-

treten, darf man wohl nach den bisherigen Erfahrungen mit ziemlicher Sicherheit annehmen, auch wenn man berücksichtigt, daß unter den vorwiegend neurologischen Symptomenbildern eine reichlich psychotische Beimischung nicht zu fehlen pflegt. So weit dieses Überwiegen der körperlichen gegenüber den seelischen Symptomen überhaupt durch äußere Momente erklärbar ist, wird man wohl mit dem Hinweis nicht fehlgehen, daß das Kriegsmilieu sowohl die Gedanken und Befürchtungen wie — aus naheliegenden Gründen — auch die Wünsche weit mehr auf körperliche Schädigungen und Invalidität als auf geistige hinlenkt. Es besteht insofern ein gewisser Gegensatz zum Haftmilieu, für das daher die psychogen-psychotischen Bilder das Typische sind, dem aber im übrigen die psychogen-neurotischen Erscheinungen, insbesondere auch so typisch „kriegsneurotische" wie die Zitterformen und Sprachstörungen, das sei noch ausdrücklich hervorgehoben, nichts weniger als fremd sind.

Für die Frage der Begehrungseinflüsse und Simulation bei kriegsneurotischen Störungen sind weiterhin keine wesentlich neuen Gesichtspunkte und Erfahrungen vorgebracht worden. Reiß bringt den sehr häufigen Widerstand peripher Nervenverletzter gegen die vorgeschlagene Nervenoperation in Zusammenhang mit Entschädigungshoffnungen. Redlich - Karplus erkennen wenigstens für die Entwicklung längerwährender Neurosen die wahrscheinliche Mitwirkung von Begehrungsvorstellungen bei der allergrößten Mehrzahl an. Cassirer wendet sich umgekehrt gegen die überstarke Betonung des Wunschmomentes. Er weist auf kompliziertere Zusammenhänge hin, wobei eine materielle Hirnveränderung infolge Traumas die organische Grundlage für die psychogenen Störungen abgibt und beide Symptomenreihen sich beeinflussen. Mit Recht hebt er außerdem hervor, daß auch hypochondrische Ideen sich der Heilung entgegenstellen (wie mir überhaupt scheinen will, als ob die Bedeutung aller möglichen affektiv wirksamen Faktoren [Erwartungen, Befürchtungen usw.] gegenüber den Wunschtendenzen bei diesen Kriegsneurosen unterschätzt wird).

Hinsichtlich der Simulation betont Böttger, unter Hysterie verberge sich nicht selten simple Vortäuschung. Er erklärt dabei — im Gegensatz zu den gewonnenen Kriegserfahrungen —, daß hysterische Manifestationen nur bei entsprechend Veranlagten, d. h. eben nur bei Hysterischen auftreten. Besonders verdächtig erscheint ihm, wenn bei Nichtbelasteten eine anscheinend schwere und langdauernde Hysterie nach einmaliger energischer Wachsuggestion, Anhauchen, mit ihren motorischen und sensiblen Symptomen absolut verschwunden ist oder wenn eine Hysterie vermutlich genau so lange dauert wie der Krieg und die Rentenfestsetzung. Solche Zweckmäßigkeitshysterie aus Angst oder Berechnung sei schließlich doch keine Krankheit mehr. Eine Anschauung, die Nonne mit Recht gegenüber den charakteristischen und typischen, dem Kranken selbst nicht bekannten hysterischen Symptomenbildern nicht verständlich findet, und die mir schon deswegen nicht genügend begründet erscheint, weil die angeführten Tatsachen durchaus nicht dem Wesen der Hysterie widersprechen. Singer betont übrigens, daß er unter den Feldzugsteilnehmern wohl viele gesehen, die übertrieben, daß aber die Zahl der Dissimulanten

mindestens ebenso groß war wie die der Aggravierenden. Simulation von Blödsinn, um vom Heeresdienst freizukommen, sah Stelzner bei zwei galizischen Juden. Kurz hingewiesen sei schließlich noch auf Alexanders ohrenspezialistische Simulationserfahrungen aus einem Wiener Garnisonspital. Er sah unter zahlreichen beobachteten Ohrenkranken 0,5% Fälle von Simulation, und zwar 0,12% von Taubstummheit, 0,12% von doppelseitiger und 0,05% von einseitiger Taubheit. In 0,16% handelte es sich um bedeutende Grade oder bemerkenswerte Art von Aggravation. Auch Aggravation von Sprachstörungen besonders von Stottern wurde häufig beobachtet, desgleichen Simulation von leichtgradigem Stottern, Silbenstolpern, Skandieren. Neurotisches Stottern wurde leicht über die Dauer der Neurose hinaus simuliert.

Engelen-Rangette suchen auf psychologisch-diagnostischem Wege vom Assoziationsexperiment her den Nachweis der Simulation bei kriegsneurotischen Erscheinungen zu erbringen, eine Tendenz, deren allgemeine Berechtigung gewiß anerkannt werden muß. Nur scheint es mir wieder viel zu weitgehend, wenn sie es als grundlegende und einwandfrei aufgedeckte Tatsache hinstellen, es müsse sich um Simulation handeln resp. Begehrungsvorstellungen stünden im Vordergrunde des Bewußtseins, wenn die auf den betreffenden Unfall bezüglichen Reizworte indifferente Reaktionen hervorriefen. Das Fehlen solcher auf den Unfall bezüglicher Reaktionen und das Bestehen anderer gestattet meines Erachtens durchaus noch nicht den entschiedenen von den Autoren gezogenen Schluß, daß nicht der Unfall, dafür aber andere Vorstellungskomplexe in ihrem Vorstellungsleben eine Rolle spielten. Im übrigen dürften Assoziationsgruppen wie die von Engelen und Rangette herangezogenen: Geschäft — ist kaput; Kaserne — die kotzt mich an; Mobil — habe ich nichts zu tun; meines Erachtens überhaupt nicht verwertbar sein, da es sich hierbei überhaupt nicht mehr um eigentliche Assoziationserscheinungen handelt, der Patient vielmehr, wie so häufig, die Reizworte als im Telegrammstil gestellte Fragen auffaßt, die er analog zu beantworten sucht. So schön es auch wäre, eindeutige psychologische Methoden zur objektiven Feststellung der Simulation existieren vorläufig so wenig wie andersartige.

Die prognostischen Anschauungen sind auch jetzt noch nicht einheitlich. Zum Teil spricht dabei wohl auch mit, daß man bei der Vorhersage verschiedene Ziele im Auge hat (bürgerliche Berufsfähigkeit, Felddienstfähigkeit usw.). Einige zahlenmäßige Ergebnisse bezüglich der Dienstfähigkeit bei Kriegsneurosen, des Heilerfolgs usw. sollen später in passendem Zusammenhang noch angeführt werden. Daß Meyer-Reichmann die Prognose der Granatexplosionsneurosen für relativ ungünstig halten, war schon vorher erwähnt. Oppenheim sieht die Zukunftsaussichten am günstigsten bei den hysterischen nicht konstitutionellen Störungen an, ernster bei den schweren Formen der traumatischen Neurasthenie und Neurose, wenngleich auch hier nur ausnahmsweise von Unheilbarkeit die Rede sein könne. Hartnäckig sind nach ihm die kardiovasculären und sekretorischen Störungen, ebenso die Crampi, Tics und auch einige Formen

des Zitterns, von denen allerdings auch leicht suggestiv beeinflußbare, prognostisch günstigere Formen vorkämen. Die epileptiformen Anfälle nach Granatexplosionen hält er für viel gutartiger als die genuinen Epilepsien.

Der therapeutische Wert der Hypnose bei den Kriegsneurosen, den Nonne mit Entschiedenheit auf Grund reichster Erfahrung betont hat, wird verschieden beurteilt, wobei freilich wohl nicht immer die Spezialerfahrungen am Kriegsmaterial als allgemeine Anschauungen über die Hypnose maßgebend sind. Dafür spricht sich mit Nonne u. a. Trömner aus, der im übrigen den fehlenden Parallelismus zwischen hypnotischer und therapeutischer Suggestibilität hervorhebt, sodann auch Weygandt, Sänger, Zahn, dagegen Böttger („Degradation von Arzt und Patient"), Maiendorff („gelungenes Schaustück zum Selbstzweck des einredenden Arztes", „Verschlimmerung durch Produktion anderer schwererer Symptome von seiten der durch die Hypnose aus dem Gleichgewicht gebrachten Psyche") usw. Schottmüller will die Hypnose nur für besonders geartete, sorgfältig ausgewählte Fälle reserviert wissen. Auch Redlich - Karplus geben zu bedenken, ob sie das richtige Verfahren unter solchen Umständen sei, wo oft genug die Weckung des vielleicht gesunkenen Pflichtbewußtseins, die Hebung der Energie im Vordergrunde stehe. Gumpertz meint bezüglich der Suggestivwirkungen, diese gelängen leichter, wenn der Patient an das Gehen und Kommen von Ausfallserscheinungen bereits gewöhnt sei. Die suggestive Reparatur gelinge auch bei zweifellos emotioneller Entstehung von Ausfallserscheinungen nicht, wenn der Affekt fortdauere und der Weg der Idee unbekannt sei (dem Arzt oder dem Erkrankten oder beiden?)

Oppenheim führt Nonnes Hypnoseerfolge vor allem auf eine ungewöhnliche Konstellation des Materials (viel reine Hysterien) und auf die gesteigerte Suggestibilität der Patienten infolge einiger besonders frappanter Suggestiverfolge zurück. Mohr hält die guten Erfolge bei Soldaten jetzt im Kriege für weniger häufig als bei Zivilpatienten, da der unbewußte innere Widerstand gegen die Genesung häufig eine hypnotische Behandlung unmöglich mache. — Nun, alle diese mehr oder weniger theoretischen Dinge können gegenüber den Tatsachen, Nonnes wirklichen therapeutischen Hypnoseerfolgen auch in scheinbar hoffnungslosen Fällen, nichts ausrichten und die Nonnesche Hypnosebehandlung der Kriegshysterien muß als ein wichtiges, weil zweifellos wirksames therapeutisches Agens herausgehoben werden.

Im übrigen läßt die Behandlung dieser nervösen Störungen jetzt das ganze Register psychotherapeutischer Beeinflussung durch Ruhe, Isolierung, Ablenkung, Beschäftigung, Übung usw. spielen: bewußte Vernachlässigung (Oppenheim), „Zu Tode langweilen" durch Isolierung (Kehrer), Abreagieren durch Wiederauflebenlassen der schreckhaften Szenen (Mohr), Psychoanalyse überhaupt (Stern), und vieles andere mehr wird anerkannt und angewandt. Eine besondere systematisch ausgebaute Methode „planmäßiger Überrumpelung" wendet Kaufmann an, die unter suggestiver Vorbereitung, reichlicher Wortsuggestion, Anwendung kräftiger Wechselströme, Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses. Er-

teilen der Suggestion in Befehlsform usw., durch unbeirrbar konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung bei den verschiedensten Formen die schönsten Erfolge zeitigte. Besonders dankbare Objekte boten nach Kaufmann die Kranken mit motorischen Reizerscheinungen. Hauptindikation gaben die verschleppten Fälle. Auch sonst wird übrigens die Verwertung der militärischen Disziplin für die therapeutischen Ziele gerühmt (Stekelmacher), „Gewaltexerzierkur“ (Kehrer).

Welche psychologischen Feinheiten dabei dem „Läuterungsprozeß zwecks Abbröckelung der hysterischen Untugenden“ dienstbar gemacht werden, kann man aus Wagners Überblick über die Heilmethoden der Gießener Heil- und Pflegeanstalt mit ihren zur Behandlung dieser Kranken „schikanös günstigen baulichen Verhältnissen“ lernen.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß Redlich sich zu prophylaktischen Zwecken für Erholungsheime und Spezialabteilungen hinter der Front ausspricht und daß Mohr eine systematische Organisation der Neurosebehandlung, die schon in Feldlazaretten zu beginnen habe und in Nervenerholungsheimen der Etappe und sonstigen Nervenheilstätten fortgesetzt werde, die Zurückführung in die Heimatlazarette aber möglichst vermeide, empfiehlt.

Auf den Wechsel der hysterischen Erscheinungsformen im Laufe der Zeiten wird jetzt verschiedentlich hingewiesen (Henneberg u. a.), und es wäre gewiß eine lohnende Aufgabe, im Hinblick darauf einmal die bleibenden Grundeigenheiten und die im Zusammenhang mit den Kriegsbesonderheiten und den aus ihnen hervorgehenden allgemeinen seelischen Einstellungen, Stimmungen und Tendenzen variierenden äußeren Gestaltungen der Hysterie nebeneinanderzustellen. Homburger macht den Versuch, von den Kriegshysterien aus zu allgemeinen Gesetzmäßigkeiten bezüglich der Grundlagen für die besonderen körperlichen Äußerungsformen der Hysterie zu gelangen. Er kommt allerdings im wesentlichen nicht über gewisse schon hinlänglich anerkannte Gruppen hinaus: einmal Syndrome von selbständiger Regelmäßigkeit der Anordnung und des Ablaufs, die mit einer Verselbständigung gewisser vielleicht irgendwie physiologisch vorgebildeter körperlicher Apparate in Verbindung zu bringen sind, zum andern Symptome mit Ausfall bestimmter Funktionen oder der Gebrauchsfähigkeit bestimmter Körperteile, bei denen psychologische Zusammenhänge, dem Verständnis zugängliche Beziehungen vorliegen. Daß damit die Grundtendenzen hysterischer Symptomenbildung und -ausgestaltung nicht erschöpft sind, lehrt jeder Blick auf den großen Reichtum hysterischer Äußerungsformen, die sich in diese Schemata nicht hineinbringen lassen. — Was nun die kriegshysterischen Formen selbst angeht, so verdient zunächst vielleicht die von Homburger aufgefrischte historische Reminiszenz erhalten zu bleiben, wonach die Beschreibung eines ersten Falles von Hysterie bei einem preußischen Grenadier durch Knoblauch (Berl. klin. Wochenschr. 1889) für Charcot ein derartiges Ereignis war, daß er schon 8 Tage darauf seinen Hörern Mitteilung davon machte und dies also fast zwei Jahrzehnte nach dem Deutsch-Französischen Krieg. Nonne hat bereits

gewisse Abweichungen der Kriegshysterie vom sonstigen Bilde der Hysterie in dem Vorwiegen der monosymptomatischen Erscheinungen, der vasomotorischen Störungen sowie der isolierten Dauercontracturen und dem Fehlen des hysterischen Charakters gefunden. Ähnlich heben auch Redlich-Karplus die größere Konstanz und den oligo-symptomatischen Charakter dieser Störungen[1]) hervor, wodurch sie, ebenso wie auch durch die leichte therapeutisch-suggestive Beeinflußbarkeit an die Kinderhysterie erinnerten: Übereinstimmungen, die übrigens meines Erachtens durchaus noch keine Wesensübereinstimmung zu beweisen brauchen, denn oftmals läßt sich der oligosymptomatische Charakter ebensoleicht aus dem örtlich begrenzenden psychogen lokalisierenden Einfluß lokaler Traumen erklären. So hebt auch Jolly — Dinge, die ja unmittelbar ins Gebiet der hysterischen Gestaltungsformen im Kriege fallen — hervor, daß nach lokalen Traumen psychogene Lähmungen und Zwangshaltungen oft ohne besonders hervortretende andere nervöse Symptome sich fänden, während hysterische Krampfanfälle fehlten.

Henneberg erwähnt noch als Besonderheiten der Kriegshysterie, daß sie jetzt vielfach den organischen Läsionen sehr ähnliche Bilder zeige. In dieser Hinsicht ist zu erwähnen, daß Weber eine hysterische Serratuslähmung nach geringfügiger Granatsplitterverletzung der Hand (zugleich mit hysterischer Anästhesie) anführt, Trömner eine hysterische Anästhesie von ulnarem Typ bei schwerer Hysterie nach Artilleriefeuer. Sollten solche Fälle wirklich in besonderer Häufigkeit vorkommen, so müßte noch nach einer besonderen Erklärung gesucht werden, da die naheliegenden Erklärungsversuche für diese Determinierung hysterischer Symptome vom Organischen her, erweiterte Laienkenntnisse über Nervenstörungen, Übernahme und Festhaltung fremder oder eigener organischer Störungen im hysterischen Bild u. dgl. zur Erklärung nicht voll ausreichen dürften. Übrigens geben Redlich-Karplus für die Lokalisation hysterischer Erscheinungen durch organische Störungen wieder bezeichnende Belege, indem sie zweimal halbseitigen hysterischen Tremor nach Granatshock bei Individuen mit Residuen einer leichtesten cerebralen Kinderlähmung fanden.

Nach Happichs Beobachtungen über Soldatenhysterie in einem westlichen Frontlazarett kamen dort vor: 1. hysterische allgemeine Krämpfe selten, nur bei ausgesprochen geistig Minderwertigen; 2. Lähmungen bei sonst gesunden, aber weichlich veranlagten Naturen; 3. allgemeine nervöse Erschöpfung mit hysterischen Einzelsymptomen (größte Gruppe, durchweg bei Vasomotorikern). Zu ihnen zählt Happich auch die Fälle mit „hysterischen" Erregungen, mit Sensibilitätsstörungen und die große Zahl der Hysterieanwärter mit erst im nächsten Lazarett erfolgender voller Entwicklung des Zustandes. Man sieht, daß das Bild der Fronthysterie auch nicht gerade einheitlich ist und es anscheinend auch dann nicht wird, wenn man die konstitutionell Minderwertigen ausscheidet. Die Heilungsaussichten bei diesen Fällen hält Happich übrigens bei sofortiger etwa

[1]) Daneben nennen sie übrigens noch als besonders charakteristisches und auffälliges Symptom eine eigentümliche Tachypnöe in Form beschleunigter, keuchender Atmung.

vierwöchiger Frontlazarettbehandlung immer für gut, womit er indirekt wieder die bekannte Erfahrung von der Verschleppung des Zustandes bei Abschiebung in die Etappe und insbesondere die Heimat bestätigt.

Im Gegensatz zu diesen fronthysterischen Erscheinungen sah Happich eine große Anzahl im Heimatgebiet häufiger Störungen (saltatorische Zustände, Tics, Spasmen) im Frontlazarett nicht, wonach sie also vorwiegend als Heimatshysterien angesprochen werden dürften. In welchem Umfange sie nun auch als Kunstprodukte der Heimat (Happich) anzusprechen sind, darüber wird sich doch wohl noch streiten lassen. Als solche anerkennen ließen sich meines Erachtens wohl am ehesten jene vielgestaltigen nicht gerade seltenen Bilder, die man etwa unter Verwertung eines von Bleuler in der Psychiatrie angewandten Ausdrucks ganz allgemein als körperliche Faxensyndrome bezeichnen könnte, also etwa solche bizarre Gehstörungen, wie sie u. a. Singer beschreibt: kreuzweises Übereinandersetzen der Beine, Gehen mit extrem seitwärts abduzierten Beinen, Hin- und Hertrippeln auf einem Fleck u. dgl. oder jene von Wagner bei großen Transporten beobachteten Bilder, wo sich die Patienten gegenseitig in forciertem Zittern, grotesken Schlangenwindungen beim Gehen, absonderlichen Anfallsweisen, Herumwälzen auf dem Boden, Maniriertheiten der Sprache überboten und ähnliches mehr.

Im übrigen dürfte es wohl zweckmäßig sein, bei einer Gruppierung der verschiedenen Einkleidungen hysterischer Formen und ihrer Beziehungen, gewisse unter ähnlichen Bedingungen mit einiger Gesetzmäßigkeit wiederkehrende Regelmäßigkeitsgestaltungen (lokales Trauma — Zwangshaltungen und -lähmungen, Jolly; Granatfeuer — Taubstummheit, Seige usw.) von gewissen Zufallsgestaltungen mit pathologischem Niederschlag zufälliger Erscheinungen zu trennen (klonische Unterkieferkrämpfe — rhythmisches Zähneklappern — nach kalter Dusche bei einem übrigens bereits wiederholt im Felde Gewesenen, Büscher; eigentümliche Pendel-, Kratz- u. dgl. Beinbewegungen, entstanden durch die Einwirkung eines heftigen Affektes mit fortgesetzten Ausweichbewegungen bei einem während feindlichen Granatfeuers und Vorbeistürmens am Boden Liegenden, Weber; motorische Reizerscheinungen nach Art von Herausarbeitungsbewegungen aus umklammernden Hindernissen nach Granatexplosion, Redlich - Karplus usw.). Dabei darf vielleicht noch einmal an die bekannte, von Homburger nochmals hervorgehobene Tatsache erinnert werden, daß nicht ein einziges Ereignis und auch keineswegs stets das letzterlebte für die Art der Störung (Umfang, Abgrenzung usw.) bestimmend ist, ebensowenig wie dieses immer nur in einem einzigen Symptom zum Ausdruck kommt. Daß im übrigen den krankhaften Bewußtseinsänderungen als allgemeiner Grundlage für die Entstehung der körperlich-hysterischen Störungen bei diesen Kriegserkrankungen eine besondere Bedeutung zukommt, hebt Homburger ähnlich wie Binswanger mit Recht hervor, unter Hinweis auf das Auftreten der Symptome beim Erwachen aus der Betäubung oder sonstigen Bewußtlosigkeit heraus. Nur wird man sich hierbei bewußt bleiben müssen, daß das Gebiet der hysteri-

fizierenden Seelenzustände sich nicht etwa bloß auf die Bewußtseinsstörungen im engeren Sinne (Bewußtlosigkeit, Betäubung u. dgl.) beschränkt, sondern auch andere vorübergehende seelische Zustandsänderungen (Affektzustände u. ähnl.) mit einschließt.

Sonstige funktionelle nervöse Störungen.

Was hier der Bequemlichkeit halber an nervösen Erscheinungen aller Art unter dieser nichtssagenden Bezeichnung zusammengefaßt wird, läßt sich, wenn einmal systematisch Ordnung geschafft werden soll, im großen ganzen, wie naheliegend, zwanglos in die anerkannten nervösen Krankheitstypen aufteilen. In der Hauptsache fällt es wohl unter die psychogenen Störungen und so manches, was hier als Organneurose mit dem Anspruch auf klinische Selbständigkeit auftritt, ist im Grunde nichts weiter als eine besondere psychogene Äußerungsform und Lokalisation, der Niederschlag affektiver Erregungen in dem oder jenem Organe, eine besondere körperliche Einkleidung der affektiven Entladung im vegetativen Gebiete, zu dem ihr irgendwie vom Psychischen oder Körperlichen her der Weg gebahnt wurde. So wird man auch Laudenheimer in gewissem Sinne recht geben müssen, wenn er von den verschiedensten Lokalstörungen (Herzbeschwerden, Magenschmerzen, Diarrhöen, Blasenstörungen usw.) als verkappten ängstlichen Erregungen gewisser Nervöser spricht. Im übrigen scheinen mir diese mannigfachen, in Art, Ausprägung und Lokalisation variierenden pathologischen Affektäußerungen zu beweisen, daß durchaus noch nicht alles, was den abgeänderten Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen (Homburger) zuzurechnen ist, stets gleich als hysterisch angesehen werden muß.

Einen anderen Teil der hier zusammengewürfelten Störungen wird man wohl für die Erschöpfungszustände in Anspruch nehmen können und noch einen weiteren, wenn auch recht kleinen, den einfachen „somatischen“ Neurosen zurechnen dürfen. Dazu kämen dann noch vereinzelte verschieden aufzufassende Bilder: psychogene Modifikationen organischer, insbesondere innerer Leiden; körperliche, aus irgendwelchen Gründen stärker hervortretende Begleiterscheinungen psychotischer Zustände und psychopathischer Reaktionen; nervöse Äußerungsformen endokriner und sonstiger Stoffwechselstörungen; körperliche Manifestationen konstitutionell Minderwertiger (konstitutionell Nervöser, Astheniker, Infantilistischer usw.), kurz und gut Bilder der verschiedensten Art, wie sie durch die besonderen psychischen und körperlichen Schädlichkeiten des Kriegs teils erzeugt, teils gefärbt, teils bloß verstärkt und manifest gemacht worden sind.

Für die Bedeutung der nervösen Störungen im Bereich der inneren Leiden ist es bezeichnend, daß nach Michaelis' Erfahrungen in einem Heimatlazarett, die inneren Erkrankungen infolge von Kriegsbeschädigungen überwiegend ins Gebiet der Neurosen gehörten. Und zwar träten gewisse Neurosenformen mit Vorliebe auf, die, wenn auch von früher her bekannt, so doch in ihrer Zahl und Heftigkeit ein ungewohntes Gesamtbild abgäben. Neben herzneurotischen Störungen, deren Prognose er übrigens, solange nicht eine allgemeine schwere Neurose vorliegt, selbst in alten

Fällen nicht für schlecht hält, sieht Michaelis als typische Kriegsbeschädigung das gewohnheitsmäßige Erbrechen an, das teils eine Verschlimmerung eines alten Magenleidens bei chronischen Dyspeptikern darstelle, teils auch bei bisher nie Magenkranken auftrete, und zwar wiederholt erst im Lazarett, wo sich die Krauken wegen ihrer Verwundung aufhielten. Die durch die Störung bedingte Gewichtsabnahme nahm nie einen bedrohlichen Umfang an und machte bei einem gewissen Punkte halt. Dabei fühlten sich die Patienten oft ganz wohl. Eine Heilung wurde in keinem der zahlreichen Fälle beobachtet, die sich über Monate verfolgen ließen. Sie mußten für zeitig dienstunfähig erklärt werden. Michaelis sieht in der Störung einen erworbenen Reflex der Art, daß Anfüllung des Magens ganz unabhängig von der Art der Nahrung Erbrechen erzeuge. Was an dieser Stelle mehr interessiert, ist wohl der allgemeine Sachverhalt, in seiner Analogie zu gewissen Erscheinungen bei den Kriegsneurosen: eine „typische Kriegsbeschädigung", die wiederholt erst nach der Rückkehr aus dem Felde entstanden, den Kranken in leidlichem Zustand erhält, aber nicht ausheilt, sondern ihn dienstuntauglich macht.

Stelzner betont speziell die große Menge gastralgischer Störungen unter den Kriegsneurosen, die sich als Reaktionen auf die Unlustreize im Felde einstellen. Löwy berichtet von häufigen schleimigen Diarrhöen bei kriegsungewohnten Soldaten in der ersten Zeit ihres Frontdienstes, die nach ein- bis zweimonatigem Aufenthalt im Felde infolge des zunehmenden Vertrauens in die eigene Frontsicherheit allmählich wieder verschwänden. Ähnlich sollen nach Löwy auch sympathische autonome Symptomenkomplexe (z. B. das Erbensche oder Aschnersche Symptom) durch Gewöhnung und Anpassung an die Frontgefahren sich bessern.

Heinsheimer sah unter Magendarmerkrankungen im Reservelazarett als Grundlage für nervöse dyspeptische Beschwerden schwere Hysteroneurasthenien, zyklische Depressionszustände, Cyclothymien, Schizophrenien in einer nicht ganz geringen Zahl. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich aber um leichte Grade von Neurasthenie, Psychasthenie und Hysterie, nicht selten mit deutlicher Neigung zu bewußter Aggravation.

Über eine größere Beobachtungsreihe nervöser Störungen der Herztätigkeit berichtet Halbey aus dem Festungslazarett Kiel-Wick. Auf innerlich Kranke des ersten Kriegsjahrs kamen 5,6%, darunter

einfache Herzneurosen	1,86%
(prozentualiter ungefähr die gleiche Zahl)	
Neurasthenia cordis	1,92%
juvenile Herzen	0,93%
toxische Herzneurosen	0,29%
thyreotoxische Herzneurosen	0,17%
paroxysmale Tachykardie	0,23%
Arteriosclerosis praecox	0,17%
Herzneurose bei Hysterie	0,005%.

Amnestisch wurde festgestellt:

Erbliche Belastung bei	2,5 %
Infektionskrankheiten	2,2 %
Seit langer Zeit bestehendes Herzleiden	0,99%
Gelenk- und Muskelrheumatismus	0,64%
Lungenkrankheiten	0,58%
Alkoholismus	0,35%
Nicotinabusus	1,05%.

Wieder dienstfähig wurden von den 5,6% Fällen 4,53% (3,25% kriegs-, 0,46% garnison- und 0,23% arbeitsverwendungsfähig). Unter den 0,87% dienstunfähig Entlassenen waren 0,35% Herzneurasthenien, 0,12% einfache Herzneurosen, 0,12% paroxysmale Tachykardien, 0,18% juvenile Herzen und 0,12% thyreotoxische.

Kittsteiner konnte im Feldlazarett bei Herzneurosen im Anschluß an leichte Körperarbeit ein auffallend tiefes Sinken der Pulszahl beobachten, was er als Folge der Vagusreizung durch Muskelarbeit und als Ausdruck einer Übererregbarkeit des Vagus (Vagotonie) anspricht.

Curschmann weist für die Unterscheidung thyreogener Herzstörungen gegenüber rein nervösen auf die Bedeutung der Lymphocytose und der Adrenalin-Pupillenerweiterung hin.

Zur Frage der Kriegsarteriosklerose sind die Feststellungen von Roos von Interesse, der unter Kriegsteilnehmern im Alter unter dreißig Jahren und mit mehr als 3monatiger Kriegsdienstzeit — nicht schwer verwundete chirurgisch Kranke ohne sonstige Krankheiten — in 82% tastbare Arterien fand. Unter ihnen hatten die nervös Erregten, die, die Strapazen und Erregungen durchgemacht hatten, die Alkohol und Tabak Konsumierenden, sowie die konstitutionell Kräftigen einen höheren prozentualen Anteil an der Gruppe mit palpablen Gefäßen als andere ohne solche. Mönckeberg fand bei einem Vergleich von Kriegsteilnehmern mit gleichaltrigen Nichtmilitärpflichtigen und gleichaltrigen Frauen, daß die Zahl der arteriosklerotischen Kriegsteilnehmer zwischen der der andern beiden Gruppen lag.

Umfang und Bedeutung der funktionellen Herzstörungen im Felde ist übrigens auch eingehend auf der diesjährigen außerordentlichen Tagung des Kongresses für innere Medizin in Warschau hervorgehoben und im einzelnen gewürdigt worden, ohne daß aber neuartige neurologisch interessierende Gesichtspunkte und Erfahrungen vorgebracht worden sind.

Auch der Diabetes wird wieder mit dem Krieg in Zusammenhang gebracht und Lenné hält es ähnlich wie Richter für berechtigt, von „Kriegsdiabetikern" zu sprechen, d. h. von Kranken, die als gesunde Menschen ins Feld gerückt und höchstwahrscheinlich infolge der körperlichen Anstrengungen diabetisch geworden sind. Das Fehlen erblicher Anlage und einer erkennbaren Erkrankung eines Körperorgans sowie das vielfach charakteristische Verhalten der Zuckerausscheidung helfen ihm diese Annahme begründen, die man nicht gerade als gut gestützt wird gelten lassen können. In der überwiegenden Mehrzahl handelte es sich übrigens um schwere Erkrankungen.

Die „Kriegshemeralopie" wird auch weiterhin als eine Störung verschiedener Basis und Genese hingestellt. Unter den von Birch-Hirschfeld im Festungshilfslazarett Königsberg beobachteten Fällen bestand allein bei 71,9% das Leiden schon vor dem Kriege, meist seit früher Jugend, bei 22,9% wurde es erst im Kriege bemerkt. Nach den an ihnen gemachten Erfahrungen spielten bei der akuten Form, die nicht selten gehäuft auftrat, schwächende Einflüsse, Blutverluste, Abmagerungen, einseitige Ernährung, Gifte, eine wesentliche Rolle; auch Blendungen sprachen als auslösende Momente mit; bei der chronischen, sporadisch auftretenden, kamen hereditäre Einflüsse, lokale Dispositionen des Auges u. dgl. in Betracht. Pauls Annahme des Vorliegens einer neurasthenischen Grundlage der Nachtblindheit lehnt Birch-Hirschfeld ab. Nach Löhlein sind gerade die Fälle mit deutlicher teilweise hochgradiger Hemeralopie gar nicht oder nur scheinbar durch den Krieg verursacht, insofern sie entweder schon im Frieden oder doch schon vom Beginn ihres Frontaufenthalts daran litten. Dagegen fand sich unter denen, bei welchen sich die nächtliche Sehstörung erst nachträglich im Felde entwickelte, echte Nachtblindheit so gut wie gar nicht, sondern es waren nervös Erschöpfte, bei denen arteriosklerotische Erscheinungen, Neigung zu Migräne und Kopfschmerzen, Tabak- und Alkoholabusus, neurasthenische Veranlagung, einzeln oder gepaart als Ursache des Versagens auf nächtlichem Posten eine entscheidende Rolle spielten. Gelegentlich kamen Fälle vor, deren nächtliche Sehstörung „mindestens zum Teil" auf einer gewissen Voreingenommenheit und Hemmungsvorstellungen beruhten (also mindestens psychogen beeinflußt und verstärkt waren. Ref.) — Von den Erörterungen über Kriegsnachtblindheit auf der Kriegstagung der ungarischen opthalmologischen Gesellschaft in Budapest 1916 sei schließlich noch hervorgehoben, daß Augstein das Wesen der Krankheit auf eine Ernährungsstörung des Pigmentepithels der Retina zurückführte, Gelencser von wiederholten günstigen Beeinflussungen durch Diätänderungen an der österreichischen Südwestfront berichtete und Elschnig einen großen Teil der Hemeralopen als psychisch Infizierte hinstellte, die teils Neurastheniker, teils Simulanten seien.

Als selbständige Neurose sieht auch Mendel ähnlich wie Henneberg einen von ihm beobachteten Fall von Narkolepsie an, der als Flügelmann wie auf Horchposten öfter in Schlaf verfiel und selbst trotz starken Geschützdonners Schlafanfälle hatte. Bei Ärger sinken ihm die Knie zusammen und fällt ihm der Kopf nach vorn. Die Anfälle treten seit etwa 4 Jahren auf, nachdem ein vom 8. bis 22. Lebensjahr bestehendes tägliches Nasenbluten ausblieb, woraus Mendel auf mögliche zirkulatorische Störungen im Gehirn schließt.

Zwei Fälle von hartem traumatischem Ödem des Handrückens beobachtete Feis bei einem zur Zeit nervösen Soldaten mit labilem Nerven- und Gefäßsystem und leichter Blutdrucksteigerung.

M. Marcuse bestätigt die von Burchard hervorgehobene Zunahme der Fälle von Climacterium virile und führt einen 47jährigen an, der, bisher gesund, im Felde plötzlich mit dem typischen Bilde (Enuresis, Impotenz und Prostataveränderungen) zusammenbrach, Erscheinungen,

die Marcuse in Analogie zu den sonstigen Kriegsbeschädigungen der innersekretorischen Drüsen setzt.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Eine gewisse Lücke in der Kennzeichnung der Psychopathen im Kriegsmilieu scheint mir darin zu bestehen, daß sich die bisherigen Mitteilnngen im allgemeinen auf ihre schwereren pathologischen Äußerungen, psychogene und psychopathische Reaktionen auf der einen, kriminelle Entgleisungen auf der andern Seite beschränkten. Nach Analogie mit sonstigen Erfahrungen wären aber doch bei psychopathischen Naturen auch leichtere seelische Abweichungen unter den ungewöhnlichen Lebensverhältnissen des Krieges zu erwarten, sozusagen Milieu- und Situationspsychopathien, geringgradigere seelische Gleichgewichtsschwankungen und Umschlagserscheinungen, seelische Ausgleichs- und Anpassungserschwerungen, wie sie die weitgehende und schroffe Milieuänderung, der Milieudruck und -zwang, die ganze Milieugebundenheit, Einförmigkeit usw. nach sich zu ziehen pflegen. Es muß vorläufig noch dahingestellt bleiben, ob die starke Verdünnung, in der sich die psychopathischen Naturen im Heere verlieren, ob die Eigenart der in Betracht kommenden psychischen Vorgänge, die sich vielfach nur auf das Innenleben beschränken und daher nur der Selbstbeobachtung zugänglich sind oder schließlich ob ein tatsächliches Ausbleiben derartiger leichterer psychopathischer Erscheinungen, vielleicht infolge der besonderen hochwertigen affektiven Einflüsse des Krieges, als Ursache dieses Mankos anzusprechen ist.

Stelzner glaubt eine besondere Gruppe Psychopathen als besonders kriegstüchtig herausheben zu können, „Landsknechtsnaturen“, die zeigten, daß sie gerade „für Kriegsarbeit von der Natur geschaffen waren und nur in ihr zur vollen Entfaltung gelangen konnten“. So ein junger Kriegsfreiwilliger, der von der Familie verstoßen, bisher niemanden zufrieden gestellt hatte, nun als einfacher Soldat „in den Gang der Ereignisse mit unfehlbaren Instinkt eingriff“, und zum ersten Mal rückhaltlose Anerkennung erfuhr, als er „den innerlichsten Befehlen seiner Natur folgte“. „Wie die Natur ihre atavistischen Zeichen auf ihre Körper geschrieben hatte, die auf reißende und raubgierige Ahnen zurückgehen, so gibt es wohl auch seelische Eigenschaften, die auf Kampf und Sturm gerichtet, im friedlichen Dasein Irrwege aufzusuchen gezwungen sind. Es gibt Elemente, die als kulturfeindlich betrachtet werden, vielleicht nur deswegen, weil sie einer andern längst vergangenen Kultur angehören.“ Nun, mag auch vielleicht an der Annahme eines hemmungslosen Mutes, einer triebartigen Tollkühnheit des Minderwertigen, meinetwegen auch einer psychopathischen Tapferkeit etwas daran sein, so erinnern doch Charakteristiken dieser Art gar zu sehr an gewisse Übertreibungen der italienischen kriminalanthropologischen Schule, um nicht zu entsprechender Reserve zu mahnen. Auch was Stelzner sonst noch sagt, von der heilmäßigen Wirkung der ungeheuren seelischen Erschütterung der ersten Kriegswochen und des nie erlebten Aufschwungs aller Geister auf alles, was noch nie Gelegenheit hatte, aus der Welt des

Egoismus auch nur auf kurze Zeit zu fliehen und weiter von dem günstigen Einfluß des Krieges auf die kämpfenden Fürsorgezöglinge, auch diese Annahmen einer tiefgehenden Beeinflussung psychopathischer und kriminell veranlagter Naturen durch große Erlebnisse wird man bis zum endgültigen Beweis durch die Tatsachen noch mit einiger Skepsis aufnehmen müssen.

Stransky tritt im Interesse der Gesamtbevölkerung und ihrer Zukunft für die weitgehende Verwendung der kriegsbrauchbaren psychopathisch Minderwertigen mit Einschluß der ethisch defekten bzw. kriminellen Elemente sowohl im Dienst an der Front wie zu sonstigen Arbeiten ein, eine Auffassung, der sich wohl nicht jeder bei Abwägung der Vor- und Nachteile anschließen wird. Im Gegensatz dazu spricht sich Stiefler, wie ich meine, mit Recht, auf Grund seiner forensischen Erfahrungen im Felde für die unbedingte Entfernung der geistig Minderwertigen vom Truppendienst aus.

Epilepsie.

Unter Stieflers psychiatrisch-neurologischem Material des Garnisonspitals P. war Epilepsie stark vertreten; Fälle, darunter 16% psychotische.

Die schon verschiedentlich betonte Zunahme speziell der traumatischen Epilepsien betont auch Berger. Bei im Felde beobachteten Fällen handelte es sich bei $^3/_5$ um vor dem Feldzuge erlittene Gehirnverletzungen, auf Grund deren sich die Epilepsie während des Feldzuges entwickelte. Bei $^2/_5$ lagen Kriegsverletzungen des Gehirns verschiedenen Ursprungs vor. In allen Fällen hatten Kommotionserscheinungen bestanden. Nur $^1/_3$ hatten Krampfanfälle gehabt, die übrigen Schwindelanfälle, Anfälle mit plötzlichem Zusammenstürzen, ein jäh einsetzendes Nachlassen aller Kräfte mit unvermitteltem Einschlafen und andere epileptoide Erscheinungen. Manche von den 18 Gehirnverletzten der Friedenszeit, die übrigens ihre Hirnnarbe verschieden lange vor Eintritt ins Heer erworben hatten, waren bisher von epileptischen Zeichen frei geblieben. Diese waren vielmehr erst — auch wieder eine die bisherigen Erfahrungen bestätigende Feststellung — unter den erhöhten Anforderungen des Feldzuges aufgetreten, um oft rasch an Häufigkeit und Stärke zuzunehmen. In $^1/_7$ der Fälle kam es auch zu psychischen Störungen in Form kurzdauernder Dämmerzustände. Die Kriegsverletzten waren 1—3 Monate nach völliger Ausheilung der Hirnverletzung wieder in die Front eingestellt worden. Bei allen bestanden schon seit der Verletzung leichte Schwindelanfälle, die aber im Felde bald zunahmen und zu denen Krampfanfälle oder geistige Störungen kamen. Sie waren also dem Frontdienst nicht mehr oder noch nicht gewachsen.

Es lagen ausgesprochene geistige Störungen vor in fast einem Viertel der Fälle, ausnahmslos kurze Dämmerzustände, in denen ein Mann u. a. plötzlich im Quartier sein Gewehr scharf lud, jedoch von Kameraden überwältigt wurde, ein anderer, gleichfalls im Quartier, plötzlich scharf schoß.

Fälle von erst im Felde entstandenen epileptischen Anfällen — davon einer nach langdauerndem Trommelfeuer — erwähnt auch Böhmig. — Daß

in allen solchen Fällen die Gefahr einer ätiologischen Überschätzung der Kriegseinflüsse besteht, ist unverkennbar, doch möchte ich Brückners Hinweis, daß das Auftreten der Epilepsie ohne nachweisbare Ursache im Mannesalter sonst ja nicht so selten sei, nicht glattweg unterschreiben.

In pathogenetischer Hinsicht interessant ist Lewandowskys Feststellung einer erworbenen, dispositionellen organischen Grundlage für die bei einem jungen Kriegsfreiwilligen erst im Anschluß an die körperlichen Anstrengungen der militärischen Ausbildung neben halbseitiger Schwäche aufgetretenen Krämpfe von rindenepileptischem Charakter, die durch eine vor 9 Jahren erfolgte, ohne spätere Folgen zurückgegangene, encephalitische Erkrankung (offenbar cerebrale Kinderlähmung) gegeben war. Lewandowsky erblickt darin den Beweis, daß auch auf dem Boden einer erworbenen Schädigung des Gehirns bei höherer Beanspruchung schwere Störungen eintreten können.

Von differentialdiagnostischer Bedeutung sind gewisse von Hübner erwähnte nicht hysterische und epileptische Anfälle, die er als lokale Reizungen des Gehirns analog denen bei vorgeschrittener Paralyse anspricht. Bei ihnen waren einzelne Gesichtsmuskeln oder Muskelgruppen beteiligt und ihre Zahl wie zum Teil auch Schwere verringerte sich in der klinischen Behandlung schnell. Daß Oppenheim Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit und Pupillenstarre für sein Symptomenbild der traumatischen Neurose mit in Anspruch nimmt, sei nochmals hier in Erinnerung gebracht.

Lewandowsky weist auf die für die Diagnose der Epilepsie dadurch erwachsenen Schwierigkeiten hin, daß Art und Tiefe auch zweifellos hysterischer Erscheinungen jetzt im Kriege eine ganz außerordentliche sei oder sein könne. So seien Selbstverletzungen in zweifellos hysterischen Anfällen jetzt nicht selten, ebenso wie zweifellos hysterische Anfälle aus dem Schlaf heraus auftreten und wieder in Schlaf übergehen, zudem auch oft ohne jede nachweisbare Ursache auftreten. Auch hysterische und epileptische Anfälle beim gleichen Individuum kamen zur Beobachtung.

Löwy empfiehlt als geeignetes diagnostisches Hilfsmittel zur Feststellung von Krämpfen (epileptischer wie hysterischer) die von Tsiminakis angegebene Carotidenkompression, mit der er selbst in entsprechenden militärischen Fällen die Krämpfe auslöste und insbesondere die Simulationsfrage entschied. Schüller betont die röntgenologische Konstatierung der Epilepsie, die aber doch wohl nur für Fälle beweiskräftig werden kann, wo organische Veränderungen im Schädel- und Gehirnbereich als Grundlage oder Begleiterscheinungen der Epilepsie vorliegen.

Imbezillität.

Unter Stieflers gesamtem psychiatrischen Material des P.er Lazaretts fanden sich nur nicht ganz 10% der Gesamtzahl Schwachsinnige, was Stiefler als eine sehr geringe Zahl bezeichnet. Die gute Bewährung von insbesondere Leichtimbezillen im Kriege wird verschiedentlich (Stelzner, Kastan u. a.) hervorgehoben. Von Stelzner allerdings unter der Voraussetzung körperlicher Eignung, des Fehlens neuropsychopathischer

Symptome und des Ausschlusses führenden Eingreifens. Brückner dagegen nennt leichtere psychische Störung bei Debilen im Gefecht eine alltägliche Erscheinung und weist auf falsche Alarmmeldungen infolge einer durch Aufregung erzeugten falschen Auffassung und Verarbeitung der Sinneseindrücke hin.

Was über die eigentlichen Psychosen im Zusammenhang mit dem Krieg berichtet wird, bleibt andauernd so wenig, daß es wohl nicht einfach durch die berechtigte Zurückhaltung in der Annahme innerer Zusammenhänge und die Schwierigkeiten ihres Nachweises erklärt wird. Eine Häufung der Psychosen bei Feldzugsteilnehmern unter dem Einfluß der Kriegsschädlichkeiten hätte nach nunmehr zweijähriger Kriegszeit doch schon irgendwie deutlich werden müssen, und so wird man bei aller Anerkennung der Möglichkeit etwaiger psychotischer Nachwirkungen und Spätfolgen bzw. erst später zutage tretender Wirkungen — Zusammenhänge, die freilich noch schwerer nachzuweisen sein dürften als die zeitlich unmittelbaren — wird man, sage ich in Übereinstimmung mit den oben angeführten Anstaltsaufnahmestatistiken nun auch für die Kriegsteilnehmer so wenig wie für die Zivilbevölkerung eine nachweisliche Vermehrung der eigentlichen Psychosen anerkennen können. Damit wird dann auch die ätiologische und sonstige pathologische Bedeutung der Kriegsschädlichkeiten für die echten Psychosen entsprechend gering eingeschätzt, wie dies ähnlich ja auch schon Stieda für das russische Heer im russisch-japanischen Krieg getan hat. An diesem vorläufigen Ergebnis können auch gegenteilige Einzelerfahrungen, mögen sie auch an sich noch so eindrucksvoll sein, kaum etwas ändern und wenn beispielsweise Stelzner aus einer im Kriege schnell dem geistigen Verfall zuschreitenden Paralyse eines vorher nicht auffälligen Berufssoldaten, aus einer plötzlich im Felde aufgetretenen Katatonie und ähnlichen Beobachtungen den bestimmten Schluß zieht, daß der Kriegsdienst zu einem verfrühten Ausbruch der Psychose führte, der jahrelang, ja vielleicht jahrzehntelang hätte auf sich warten lassen, so dürfte dies eine unberechtigte Überschätzung von Einzeleindrücken und Verallgemeinerung von möglicherweise — nur möglicherweise — in diesem Sinne deutbaren Erfahrungen sein. Gerade wer Wert darauf legt, daß die Beziehungen zwischen Krieg und Psychosen in vollstem Umfange und mit aller Schärfe klargestellt werden, wird strengste Kritik bei der Bearbeitung des Materials fordern müssen. Im übrigen wird zuzugeben sein, daß über die Bedeutung äußerer Schädlichkeiten für das Auftreten und den Verlauf geistiger Störungen, zu deren Gunsten ja immerhin die Erfahrungen der Haft sprechen, auch jetzt noch nicht das letzte Wort gesprochen werden kann.

Über

manisch-depressives Irresein

findet sich bezeichnenderweise außer einem Fall von Stelzner mit depressivem Anfall nach Granatverschüttung und einigen später zu erwähnenden forensischen Fällen nichts weiter.

Nicht viel anders steht es mit der

Dementia praecox.

Schizophrenien sah Stiefler unter seinem Material nur etwa 10%, eine im Verhältnis zur Friedenserfahrung — Stier 35%, Weiert 22% — geringe Zahl, die Stiefler aus dem Überwiegen der Landsturmabteilungen unter der Festungsbesatzung erklärt.

Uhlmann beobachtete öfter Dementia-praecox-Psychosen im Anschluß an Traumen insbesondere Granaterschütterungen, die anfänglich als einfache Granaterschütterungspsychosen aufgefaßt wurden. Eigentümlicherweise spricht er selbst in einem Falle, der anfangs als traumatische Hysterie erschien, bis sich später ein halluzinatorisch-wirrer Wahnkomplex entwickelte, von einem Übergang der Psychoneurose in die Psychose.

Weygandt weist auf Dementia-praecox-Fälle mit außerordentlich günstigem Abklingen der Störung hin und hält eine etwas günstigere Prognose in solchen Fällen für plausibel, wo bei schizophrener Anlage die Störung durch Kriegsschädlichkeiten ausgelöst wurde, die in ruhigen Lebensverhältnissen in konstanter Latenz geblieben wären. Auf welche Weise sich nachweisen läßt, daß die Störung in solchen Fällen außerhalb des Krieges konstant latent geblieben wäre, sagt Weygandt leider nicht.

Hübner sah echte Dementia praecox „nur ganz ausnahmsweise einmal durch Kriegsstrapazen entstehen“ Meines Erachtens ist der einwandsfreie Nachweis der Verursachung einer Schizophrenie durch die Kriegsnoxen im Einzelfall überhaupt kaum zu erbringen. Was noch am ehesten dafür sprechen würde, plötzliches Auftreten bei bisheriger geistiger Intaktheit in engstem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten Kriegsschädigung, ist ja deshalb nicht genügend beweiskräftig, weil ein akutes Einsetzen oft genug auch spontan erfolgt und ein zufälliges Zusammentreffen daher niemals sicher auszuschließen ist. Wenn nun eine Masse, die erfahrungsgemäß alljährlich einen bestimmten nicht geringen Prozentsatz an die Schizophrenie abgibt, eine lange Zeit hindurch unter bestimmten Lebensverhältnissen — zwei Jahre lang im Kriegsmilieu — steht, so müssen mit Notwendigkeit natürlich auch ohne jeden ätiologischen Zusammenhang eine Anzahl Fälle unter diesen besonderen Situationsverhältnissen, also etwa im Schützengraben oder Granatfeuer auftreten. Während somit der Einzelfall sich dem Nachweis einer Kausalbeziehung fast ganz entzieht, würde freilich die zahlenmäßige Feststellung einer allgemeinen prozentualen Vermehrung dieser Störung im Krieg oder unter besonderen Einzelbedingungen des Krieges einen solchen Rückschluß auf einen Kausalnexus — aber eben nur für die Erkrankung im allgemeinen — gestatten.

Alkoholismus.

Weichselbaum stellt, wohl im Gegensatz zu allen sonstigen Autoren, eine starke Zunahme des Alkoholismus im gegenwärtigen Kriege fest. Viele Soldaten seien erst während des Kriegsdienstes zum Dauertrinken gekommen, wobei u. a. der moderne Artilleriekampf mit seinen Erschütterungen des Nervensystems die Anregung nach Beruhigungsmitteln abgab.

Demgegenüber nennt Drastisch auf Grund umfassender Fronterfahrungen den Alkoholkonsum speziell der österreichischen Armee im Felde — trotz gelegentlicher Exzesse — im allgemeinen ziemlich mäßig, gibt dagegen erhöhten Nicotingenuß zu.

Bemerkenswert ist, daß Stiefler während seiner zehnwöchigen russischen Gefangenschaft in Przemysl das Alkoholverbot in der russischen Armee nicht übertreten sah, wie er auch sonst ähnliche Erfahrungen als Feldarzt an russischen Gefangenen gemacht hat. In ähnlichem Sinne spricht sich auch Stransky aus. Dies wird von russischer Seite insofern bestätigt, als Gerver nicht eine Alkoholpsychose im gegenwärtigen Kriege gesehen hat. Die von Stiefler deshalb vorausgesetzte Verschiebung des russischen psychiatrischen Kriegsstatus gegenüber dem russisch-japanischen Kriege — es sei an Autokratows Feststellungen erinnert! — scheint sogar schon jetzt nachweisbar zu sein, da Gerver den Prozentsatz der Psychosen in der russischen Armee in diesem Kriege auf ungefähr 1% berechnet gegenüber 2—3% in früheren Kriegen, eine Differenz, die er gleichfalls auf die Durchführung der Alkoholabstinenz im Heere zurückführt.

Eine Anzahl kriminell gewordener pathologischer Räusche, zum Teil auf dem Boden einer durch Kriegseinflüsse herbeigeführten Schädigung (traumatischer Neurose) führt Kastan an und Hübner erwähnt Kriegsteilnehmer verschiedener Chargen z. T. jugendliche Soldaten, die unter dem Einfluß der Schützengrabenneurasthenie dermaßen ins Trinken gekommen waren, daß sie nicht mehr zu gebrauchen und z. T. auch in Konflikte mit Vorgesetzten geraten waren.

Bezüglich des Alkoholkonsums der Zivilbevölkerung verzeichnet der Jahresbericht der Berliner Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke als Kriegsfolge eine Zunahme trunksüchtiger Frauen sowie eine solche des Trinkens von Brennspiritus mit Essigessenzen in gewissen Berliner Bezirken.

Die von Richter aus eigenen und fremden Erfahrungen gewonnene Feststellung eines gewissen Morphiummißbrauches bei der Behandlung von Kriegsverletzten und die daran geknüpfte Warnung vor dessen Folgen mag hier noch angeschlossen werden.

Progressive Paralyse.

Die Erfahrungen und Anschauungen über die Kriegsparalyse haben sich auch weiterhin nicht wesentlich erweitert und verändert. Jellinek sah unter den „Konstatierern" der Nervenabteilung eines Wiener Garnisonlazaretts nur 1,02% mit metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, Stiefler unter seinem Festungsmaterial etwa 6% Paralysen.

Nach Weygandts weiteren Beobachtungen hat sich die Annahme, daß die Kriegseinflüsse bei syphilitischer Prädisposition zu einer Auslösung von Paralyse oder Lues cerebri führen können, noch entschieden verstärkt. Er hat auch den bestimmten Eindruck, daß diese durch den Krieg ausgelösten Fälle vielfach einen recht rapiden Verlauf haben. Von seinen Beobachtungen sind bereits etwa $^1/_3$ gestorben. Böhmig hebt als Bestätigung der Edingerschen Aufbrauchtheorie hervor, daß eine Anzahl bisher an-

scheinend gesunder und rüstiger Feldzugsteilnehmer mit vollentwickelter Paralyse oder Tabes zurückgeschickt wurden. Ähnliche Erfahrungen erwähnt auch Wagner. Er konnte übrigens bei diesen Paralysen, bei denen anscheinend erst die Kriegsstrapazen den Ausbruch der Erkrankung gefördert hatten, durch den ganz besonders hohen Eiweißgehalt der Lumbalflüssigkeit und die stärkere Lymphocytose das Vorhandensein eines frischeren Prozesses der Gehirn- und Rückenmarkshäute feststellen. Auf die Bedeutung des Liquorbefundes für die Frühdiagnose der beginnenden Paralyse bei sonst negativem psychischen und somatischen Status weist Piotrowski hin und betont speziell im Hinblick auf einen solchen von ihm begutachteten Fall von Achtungsverletzung vor versammelter Mannschaft die Wichtigkeit der rechtzeitigen Erkennung der zahlreichen derartigen forensischen Fälle des Heeres.

Bemerkenswert sind die Erfahrungen von Edel und Piotrowski an einer Anzahl Paralysen aus dem Soldatenstande, die durch die ungewöhnlich häufige negative Luesanamnese und das jugendliche Alter auffallend waren und von denen $^2/_3$ nicht als Paralysen erschienen. Auch bei ihnen führen die Autoren den vorzeitigen Ausbruch auf die Kriegsschädlichkeiten zurück.

Pilcz sucht über allgemeine Erfahrungen und Eindrücke hinaus auf statistischem Wege den Problemen der Kriegsparalyse näher zu kommen. Er fand auf der psychiatrisch-neurologischen Station eines Wiener Garnisonspitals im Jahre 1915 unter den Fällen aus dem Mannschaftsstande 5,7% Paralysen gegenüber 2,7% im Jahre 1913, ein Ergebnis, das er allerdings wegen der verschiedenartigen Zusammensetzung von Kriegs- und Friedensheer nicht weiter verwertet. Brauchbare Resultate ergab ihm dagegen ein Vergleich des durchschnittlichen Intervalls zwischen Primäraffekt und Ausbruch der Paralyse bei Kriegsteilnehmern (14,6 Jahre) und bei nicht im Felde gewesenen (13,8 Jahre), woraus also eine Verkürzung des Intervalls bei Kriegsteilnehmern und eine Beschleunigung der Entwicklung im Sinne der Stiedaschen Annahme nicht zu erkennen ist.

Infektions- und sonstige symptomatische Psychosen.

Nach Munk machen sich beim Fleckfieber gegen Ende der ersten Woche in allen schweren Fällen Delirien geltend mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und motorischer Unruhe, ähnlich dem Delirium tremens. Es tritt aber bald eine eigentümliche Muskelhemmung ein, ein Zustand von Bewegungslosigkeit, der in leichteren Fällen den Eindruck eines natürlichen Schlafes macht, in schwereren sich aber als katatonisch mit ausgesprochener Flexibilitas erweist. Diese Muskelhemmung macht sich übrigens auch beim Sprechen und Schlucken störend geltend. Nach Brauer kommt es im Status thyphosus des Flecktyphus oft bei völliger Schlaflosigkeit zu geistiger Stumpfheit oder zu feinschlägigem Schüttelkrampf der ganzen Körpermuskulatur ähnlich der multiplen Sklerose oder Paralysis agitans.

Arneth berichtet über die nervösen Formen der Influenza im Felde, bei denen die ungewöhnlich hohe Zahl von Neuralgien auffiel. Überstan-

dene Influenza führte öfter bei schon vorher Nervösen oder nervenkrank Gewesenen zu verstärktem Ausbruch des Nervenleidens, vor allem nervöser Herzleiden, dann der Migräne. Allgemein gesteigerte Erregbarkeit verbunden mit Kopfschmerz, Zittern, Schlaflosigkeit, sowie täglich wechselnde Beschwerden, Phobien usw. wurden beobachtet. In einem Falle trat bei einem belasteten Krankenwärter ein schweres unstillbares Erbrechen auf, an dem der Kranke schon vor Jahren längere Zeit gelitten, zugleich mit allen möglichen Angst- und Zwangsvorstellungen. In einem andern wurde bei einem Kriegsfreiwilligen ein maniakalisches Zustandsbild beobachtet.

Bittorf sah im Felde eine akute hämorrhagische Leptomeningitis mit stark vorherrschenden psychischen Störungen: erst Somnolenz, dann Witzelsucht, Störungen der Merkfähigkeit und Konfabulationen, diese beiden Symptome gleichsinnig schwankend, Desorientiertheit und vorübergehende hysteriforme Zustände von ganserartigem Charakter.

Organisch traumatische psychische Störungen.

Klieneberger führt aus der Symptomatologie der Schädelschüsse neben den initialen Bewußtseinsstörungen mit ihren Auffassungs-, Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits- usw. Mängeln u. a. Steigerung der Ermüdbarkeit, apathische Zustände, gelegentliche Schlafsucht an. Eine retrograde Amnesie war trotz des im Augenblick der Verletzung einsetzenden Bewußtseinsverlustes, außer bei Basisfraktur, sehr selten. Sie entwickelte sich hier meist im Anschluß an ein delirantes Stadium, in welchem und nach welchem noch längere Zeit der amnestische Symptomenkomplex vorherrschte. Entsprechend der Schwere der Störung des Bewußtseins stand auch das Krankheitsgefühl kaum jemals im Einklang mit der Schwere der Verletzung. Vielfach wurde in wechselnder Abstufung Euphorie beobachtet, gelegentlich sogar mit ausgesprochener Neigung zum Witzeln, Singen und grundlosen Lachen. Zuweilen bestand auch ein als motorisch imponierendes Jammern und Schreien, und zwar in der Regel neben einer mehr oder weniger starken sonstigen motorischen Unruhe. Seltener war die Stimmung apathisch. Eigentliche depressive Erscheinungen ließen sich nie feststellen, wohl aber hochgradige emotive Schwäche, zumal bei aphasischen Störungen, hier von Klieneberger mehr als reaktive Ausdrucksbewegung wie als Zeichen allgemeiner Schwäche gedeutet. Gelegentlich endlich war eine unwirsche Stimmung und gesteigerte Reizbarkeit nachzuweisen.

Marx erwähnt einen Fall von retrograder Amnesie für die 3 Wochen vor der Verletzung infolge Tangentialschusses des Schädels. Die Erinnerung trat erst im Lazarett von einem bestimmten Tage an ein, während eine Herabsetzung der Merkfähigkeit noch bestehen blieb.

Von Dziembowski beobachtete schwere psychische Ausfallserscheinungen nach Stirnhirnzerstörung bei Kopfschuß in Übereinstimmung mit den sonstigen beschriebenen Stirnhirnherdsymptomen: Demenz mit Indifferenz und Interesselosigkeit, mit Verlust der Liebe zu den Angehörigen und des religiösen Gefühls, des weitern Schlafsucht, Polyphagie, dabei

hypomanische Züge mit Witzelsucht und zeitweise Zustände von Moralinsanityfärbung. Schließlich gelegentlich auch noch Erscheinungen von Reizbarkeit und Aufgeregtheit.

Wagner sah nach Durchschuß des Stirnhirns das Bild der Witzelsucht mit vergnügter Grundstimmung und gelegentlichem Umschlag in Zorn, außerdem nach Streifschuß der linken Schläfengegend einen Depressionszustand mit Kleinheitsideen.

Über psychische Störungen traumatisch-epileptischen Ursprungs wurde bereits in anderem Zusammenhang berichtet.

Krieg und Krankheitsgestaltung.

Charakteristische Beispiele für den aus den Zeitumständen sich ergebenden Inhalt von Wahnvorstellungen (russische Spione u. dgl.) bei Alkoholpsychosen wie auch Schizophrenien finden sich unter Kastans forensischer Kasuistik. Bei Stieflers aus dem Kampfgebiet selbst (Festung P.) stammenden Material will es mir scheinen, als ob da eigentlich die Kriegsfärbung stärker als in sonstigen Zusammenstellungen hervorträte. Sollte da vielleicht die stärkere affektive Kraft der größeren Kriegsnähe von Bedeutung sein? Freilich sind mir jetzt wiederholt degenerative bzw. hysterische Haftpsychosen mit charakteristischem Kriegsinhalt (meist megalomanischer Färbung) ihrer Wahnbildungen begegnet. Der eine, wegen Zuhälterei bestraft, erklärte, er habe einen Brustschuß an den Masurischen Seen bekommen (in Wirklichkeit Suicidwunde), habe mit Hindenburg auf dem Bahnhof Soldau Wein getrunken, ihm I 000 000 M. für einen Lazarettzug versprochen, wofür er Sanitätsoberst werden sollte usw. Ein anderer, wegen Amtsanmaßung verurteilt, wollte das Eiserne Kreuz erster und zweiter Klasse besitzen, eine Handgranate erfunden haben, wodurch erst Hindenburgs Siege und die Einnahme von Warschau ermöglicht worden sei, im Felde grundlos zu 12 Jahren Festung verurteilt sein u. a. Hier genügte also auch ohne besondere Kriegsnähe schon die anregende Kraft ungewöhnlicher äußerer Geschehnisse, um der Phantasie und Großmannssucht entsprechend Disponierter bei der Symptomenbildung Inhalt und Richtung vorzuschreiben.

Daß Soukhanoff (Annales méd. psychol. 1915, Ref. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 13) an militärischen Kranken bei transitorischen Bewußtseinstrübungen und auch bei traumatischen Neurosen die aktuelle wahnhafte Idee Kriegsgefangener zu sein, fand, sei noch kurz erwähnt, ohne daß daraus besondere Schlüsse auf Gedanken- und Wunschrichtung gezogen werden sollen.

Psychiatrisch-Forensisches und Gutachtliches.

Kriminalpsychiatrisches.

Eine Kriminalpsychopathologie des Krieges, die wirklich alle aus den besonderen psychologischen und sonstigen Verhältnissen des Krieges sich ergebenden forensischen Momente erfassen und charakteristisch herausheben wollte, dürfte sich nicht mit der sonst üblichen einfachen Zusammen-

stellung der Krankheitsfälle und -typen sowie der Art der Delikte und des Zusammenhangs zwischen beiden begnügen. Noch mancherlei anderes wäre herauszuholen und in seiner kriminalpsychologischen Wertigkeit zu kennzeichnen: neben der besonderen Zusammensetzung des Kriegsheeres vor allem die eigenartigen Milieu-Situations- und sonstigen Einflüsse des Krieges, soweit sie, zumal im Felde, durch Vermehrung krimineller Anreize und Verführungen, Verstärkung und Vervielfältigung kriminell wirksamer Motivkräfte, Verbreiterung und Verschärfung krimineller Reibungsflächen, durch Abschwächung und Beseitigung sonst wirksamer äußerer wie psychischer Hemmungen usw. kriminell gefährdend wirken und — zumal bei pathologischer Geistesartung — selbst an sich nicht antisozial Veranlagte zur Kriminalität führen können; sodann auch jene Kriegsfaktoren, die bei von vornherein bestehender psychopathisch-unsozialer Tendenz für die besondere Richtung und Ausgestaltung der Kriminalität maßgebend sind; des weiteren die besonderen körperlichen und psychischen Kriegsnoxen (seelische Erregungen, Überanstrengungen, Erschöpfung, traumatische, alkoholische, Granat- und Minenverschüttungsschädigungen u. dgl.), die indirekt kriminogen, kriminell gefährdend oder wenigstens kriminell disponierend wirken, insofern sie teils temporäre seelische Zustandsänderungen — ausgeprägt psychotische Zustände (Bewußtseinsstörungen, pathologische Rauschzustände usw.), sowohl wie leichtere, Verhalten und Handeln beeinträchtigende seelische Gleichgewichtsstörungen (Verschiebungen in den Maßverhältnissen der seelischen Kräfte, Verstärkungen psychopathischer Eigenheiten u. dgl.) — herbeiführen, teils chronische Wesensveränderungen (Charakterdegenerationen mit entsprechender Schwächung der seelischen Toleranz, der Selbstbeherrschung und psychischen Resistenzkraft, Steigerungen der affektiven Erregbarkeit usw.) nach sich ziehen. Auch jener von manchen behaupteten, freilich weit zweifelhafteren Hemmung und Umgestaltung krimineller Antriebe sowie der seelischen Festigung und Harmonisierung und — damit verbunden — der Sozialisierung psychopathisch-krimineller Naturen unter dem Einfluß von Geschehnissen von so hoher affektiver Wertigkeit wird Beachtung zu schenken sein. Auf der andern Seite wird man dann auch, von den Delikten ausgehend, darauf zu sehen haben, wie weit die besonderen Kriegsverhältnisse, die veränderte psychische Einstellung, die Wirksamkeit besonderer affektiver Faktoren die Ursachen und Motive für die verschiedenen auch im Frieden vorkommenden Delikte (Fahnenflucht, Gehorsamsverweigerung, auch Diebstahl usw.) gegenüber dem Friedensdurchschnitt in Zahl, Schwere und Art beeinflußt und verschoben haben. Naturgemäß wird nicht jedes militärforensische Material im Kriege gleich günstige Bedingungen für die Erfassung aller der besonderen inneren und äußeren Voraussetzungen der Kriegskriminalität abgeben, das geeignetste dürfte, weil den Kriegseinflüssen am meisten ausgesetzt, in der Nähe der Kriegsschauplätze selbst zu finden sein. In dieser Hinsicht erscheinen besonders Beobachtungen von Stiefler wertvoll und bezeichnend, da sie unmittelbar im Kriegsgebiet — während der Belagerung P. — gemacht worden sind, und daher naturgemäß viel engere Beziehungen zu den Kriegseinwir-

kungen als die von anderen Autoren veröffentlichten aufweisen müssen. Charakteristischerweise sind denn auch die Fälle selbst ausschließlich im Kampfgebiet, bzw. im Aufmarschraum kriminell geworden und beziehen sich vorwiegend auf rein militärische Delikte.

Unter den in knapp dem ersten Kriegsjahr auf der psychiatrischen Abteilung in P. beobachteten Geisteskranken waren 16,7% als forensisch anzusprechende Fälle, die freilich bei weitem nicht die Gesamtzahl aller forensisch gewordenen geisteskranken Militärpersonen, zumal solcher mit disziplinaren Delikten umfassen, die ohne weiteres durch ihre auffällige Straftat — so allein 3 vorgeschrittene Paralysen — als geisteskrank erkannt wurden. Von den 16,7% Fällen betrafen 2,2% Zivilhäftlinge und je 1,9% Offiziere und Unteroffiziere. Unter den 12,6% Soldaten waren 3,5% bereits vorbestraft, 1,9% schon früher in Irrenanstalten. Die Delikte fielen vorwiegend in die erste Zeit des Feldzuges. Im übrigen muß die beobachtete Kriminalität als eine sehr geringe bezeichnet werden (nicht ganz 10% aller psychiatrischen und ungefähr 4% der psychiatrischen und neurologischen Fälle). Sie war in P. zur Kriegszeit wesentlich geringer als in Friedenszeiten.

Unter den, wie gesagt, vorwiegend militärischen Delikten stand an erster Stelle die Desertion, bzw. eigenmächtige Entfernung von der Truppe, die fast in der Hälfte der Fälle von Imbezillen und Hebephrenen verübt wurde. Bei den Achtungsverletzungen verschiedenen Grades nimmt der Alkoholismus mit mehr als ein Drittel dieser Delikte die erste Stelle ein. Das Delikt der Feigheit vor dem Feinde (3 Fälle) sowie die (militärisch ja als Selbstbeschädigung gleichfalls strafbaren) Selbstmordversuche fanden sich durchweg bei psychopathischen Konstitutionen resp. einem Fall von Neurasthenie und betrafen überwiegend Offiziere und Unteroffiziere. Die Zivilfälle betrafen 6 mal Spionage und 1 mal Majestätsbeleidigung.

Dem klinischen Bilde nach steht Alkoholismus mit 12 Fällen an erster Stelle; ihm folgt Schizophrenie mit 9 und psychopathische Konstitution mit 7 Fällen. Die kriminellen Epileptiker machten trotz zahlreichen klinischen Fällen nur 3% derselben aus, ebensoviel die Imbezillen. Neurasthenie, Paranoia acuta (Amentia einschl. 2 Haftpsychosen), sowie Paralyse gaben je 4 Fälle ab, manisch-depressives Irresein immerhin noch 3, senile Psychosen 2. Vollkommene Bilder psychogener Störungen fehlten unter dem forensischen Material. Simulation von geistiger Störung wurde nie beobachtet (solche einer körperlichen Erkrankung wiederholt).

Im einzelnen ist noch bemerkenswert:

Von den 3 Manisch-Depressiven bot der eine eine schwer melancholische Verstimmung. Unmittelbar nach seinem Insubordinationsvergehen (tätlicher Angriff auf einen Gefreiten) beging er einen Selbstmordversuch. Bei dem zweiten handelte es sich um eine Desertion auf dem Marsche aus der traurig-ängstlichen Verstimmung heraus bei einem schwer Belasteten. Der dritte, gleichfalls ein depressiv Psychotischer und Zivilhäftling, war in der Nähe der Festungswerke wegen Spionageverdachts aufgegriffen. Außerdem wurden noch zwei (nicht kriminelle) manische Verstimmungen mit vorangegangenen disziplinaren Verstößen beobachtet.

Zur akuten Paranoia gehören 2 Fälle von Desertion. Bei dem einen (Entweichen von der Batterie während des Wachdienstes) handelte es sich um eine kurzdauernde schnell abheilende Halluzinose mit Angst (vorwiegend bedrohliche Gehörstäuschungen) bei einem erblich belasteten mäßig intelligenten 40jährigen Kanonier im Anschluß an schwere körperliche Strapazen und auch psychische Abspannungen auf dem Rückzug in Galizien, im zweiten um ein überhaupt nur wenige Tage dauerndes halluzinatorisches Zustandsbild mit Einschlag von deliranter Verwirrtheit, das infolge akuter Erschöpfung bei neurasthenischer Konstitution aufgetreten war.

Von den zwei haftpsychotischen Fällen betraf der eine einen des Hochverrats angeklagten ruthenischen Pfarrer. Er kam im Anschluß an einen Selbstmordversuch auf die Abteilung, war mit ängstlicher Unruhe und Sinnestäuschungen akut in der Haft erkrankt und erlag einem erneuten Suicidversuch. Der zweite Fall, mit dem Delikt der eigenmächtigen Entfernung, ein angeboren Schwachsinniger, bot in der Haft einen paranoiden Zustand mit Sinnestäuschungen und Angstgefühl möglicherweise hebephrener Natur.

Bei den Fällen von Alkoholismus ließ sich in $^3/_4$ der Nachweis einer alkoholisch-degenerativen Konstitution erbringen (chronischen Alkoholismus), was mit dem Überwiegen der älteren Jahrgänge in der Besatzung zusammenhängt. In dem einen Falle Anklage wegen Hochverrats, russophile Äußerungen in der Branntweinschenke, bestand ein typisches Alkoholdelir, in dem anderen, Desertion von der Truppe, eine akute Alkoholhalluzinose (in beiden Fällen übrigens inhaltliche Färbung durch die Gegenwartsereignisse des Krieges), in einem dritten, tätlicher Angriff auf einen Vorgesetzten, lag lediglich chronischer Alkoholismus vor (nur für geistig minderwertig erkannt). Bei den zur Konstatierung der Trunkenheit Zugewiesenen handelte es sich 3mal um einfache Rauschzustände verschiedener Intensität, einmal um einen pathologischen Rausch mit Erregung, Sinnestäuschungen und Amnesie bei einem chronischen Alkoholisten, der schon vor Jahren einen ähnlichen Zustand durchgemacht hatte. In zwei Fällen mit militärischen Alkoholdelikten handelte es sich um Rauschzustände auf dem Boden chronischen Alkoholismus, die über den einfachen Rausch hinausgingen, aber nicht den Charakter des pathologischen trugen. Drei weitere Rauschzustände auf pathologischer Grundlage des chronischen Alkoholismus resp. der konstitutionellen Psychopathie, mit vollkommener Amnesie, brutal heftigen motorischen Entladungen und terminalem festen Schlaf einhergehend, wurden als pathologische im weiteren Sinne angesprochen.

Die Epilepsien waren genuine, bei denen der Alkohol keine auslösende Rolle spielte, darunter zwei Fälle von Desertion mit Dämmerzuständen, der eine mit traumhafter Verkennung der Situation im Sinne der bestehenden Kriegsverhältnisse und teilweise gut erhaltener Erinnerung. Außerdem handelte es sich einmal um Bedrohung des Vorgesetzten mit der Waffe und in zwei Zivilfällen um Majestätsbeleidigung und Spionage.

Die psychopathischen Konstitutionen waren auffallenderweise durchweg nicht kriminell veranlagte oder vorbestrafte Individuen. Einer von ihnen war bereits in Irrenanstalten, zwei hatten früher Selbstmord-

versuche begangen. Vier Fälle gehörten zur neurasthenisch-psychopathischen Konstitution, und zwar drei Soldaten mit Selbstmordversuch, einer mit Achtungsverletzung. Unmittelbare äußere Veranlassung gaben für den Suicidversuch ein Verweis, unverdient empfundene Nichtbeförderung, unerwiderte Neigung. Drei Fälle waren typisch erblich-degenerativ Entartete, der eine, der eine 3jährige straflose Friedensdienstzeit, einen Suicidversuch und Aufregungszustand mit Anstaltsaufenthalt hinter sich hatte, hatte seinen Vorgesetzten aus geringfügigem Anlaß bedroht und seine Mannschaft sekkiert. Bei dem zweiten lautete die Anklage auf Feigheit vor dem Feinde — er war einem Befehl entgegen nicht zum Ausfall ausgerückt —, doch wurde angenommen, daß er mehr aus Bequemlichkeit gehandelt hatte, bei dem dritten, gleichfalls der Feigheit vor dem Feinde beschuldigt, wurde später im Lazarett anläßlich eines schweren Granatfeuers ein akuter psychogener Angstzustand mit lebhaften vasomotorischen Erscheinungen und hoher Pulsfrequenz beobachtet.

In den 4 Fällen von exogener Neurasthenie — sämtlich mit neurasthenischen Erscheinungen leichteren Grades ohne psychopathische Konstitution — betraf das Delikt einmal gleichfalls Feigheit vor dem Feinde.

Von den Imbezillen hatte einer Gehorsamsverweigerung, fünf eigenmächtige Entfernung resp. Desertion begangen, der eine davon hatte beim Durchmarsch durch Przemysl sein Regiment „verloren“, ein anderer war infolge „Müdigkeit“ beim Rückzug in Ostgalizien zurückgeblieben. Sämtliche Fälle standen im ersten Dienstjahr.

Von den Schizophrenien, die übrigens ein Viertel aller beobachteten Präcoxfälle bildeten, handelte es sich 4mal um Desertion, je zweimal um Insubordination und Spionage, einmal um Diebstahl (von Stiefeln im Unterstande durch einen Juristen!). Einer verließ beim Sturmausfall aus der Festung die Truppe: Er habe genug gehabt, es gebe ja andere und überhaupt soviel Soldaten in der Festung. 6 Fälle zeigten das einfache Bild der Hebephrenie — zum Teil auf dem Boden angeborenen Schwachsinns —, je einmal traten paranoide, katatonische und depressive Züge stärker hervor. Der Beginn der Erkrankung ließ sich in sämtlichen Fällen bereits beim Eintritt in den Militärdienst nachweisen. Wiederholt bestand Vorbeireden. Der Verlauf war fast stets milde.

Die Paralysen — Desertion, Insubordination und Verletzung des Dienstgeheimnisses — betrafen sämtlich Landsturmleute im Alter von 38 bis 52 Jahren.

Bei den senilen Psychosen handelte es sich um Zivilhäftlinge: ein 64jähriger ruthenischer Geistlicher, des Hochverrats verdächtig, mit Arteriosklerose und Paralysis agitans und ein 76jähriger Bauer, der der Majestätsbeleidigung angeklagt war.

Bemerkt sei schließlich noch, daß von gerichtlich begutachteten Fällen etwa $^2/_3$ als unzurechnungsfähig und $^1/_4$ als geistig minderwertig erkannt wurden. In von der Truppe überwiesenen Fällen boten 79,4% ausgesprochene geistige Störungen, so daß von der Einleitung eines Strafverfahrens abgesehen wurde.

Kastan, der bereits früher über 50 im Laufe etwa des ersten Kriegshalbjahres in der Königsberger psychiatrischen Klinik behandelte gerichtlich verfolgte psychisch kranke Kriegsteilnehmer kurz berichtet hatte[1]), stellt nunmehr ausführlich das während des ersten Kriegsjahrs zur gerichtlichen Begutachtung überwiesene forensische Material zusammen. Die Fälle machten 9% der gesamten Militäraufnahmen in dieser Zeit aus. Unter ihnen nimmt die Psychopathengruppe (Degenerativ-Schwachsinnige, affektiv Reizbare, pathologische Schwindler, psychogene Dämmerzustände und pathologische Reaktionen) mit 3% Fällen die erste Stelle ein, an sie schließen sich Imbezille mit 20,6% und pathologische Rauschzustände mit 18,6%, sonstige Alkoholpsychosen mit 12,4% Fällen, also zusammen 31%, eine verhältnismäßig große Zahl alkoholisch bedingter Fälle. Übrigens hatten 50% der Begutachteten Alkoholmißbrauch getrieben.

Epileptiker waren auffallend wenige (rund 4%), die Zahl der Schizophrenen betrug rund 13%.

Unter den Fällen waren nur 3,1% Offiziere (ein chronischer Alkoholist, zwei affektiv Reizbare). Im übrigen befanden sich unter den Psychopathen und den durch Alkohol hervorgerufenen krankhaften Zuständen viele höhere Chargen. Gering war der Anteil der Aktiven. Bei den Freiwilligen bestätigte sich wieder die Friedenserfahrung, daß sie verhältnismäßig leicht den Dienst aufgeben. Psychopathen waren stark an der Fahnenflucht beteiligt, epileptische Dämmerzustände traten demgegenüber analog den Friedenserfahrungen zurück. Fahnenflucht und Entfernung von der Truppe waren übrigens im Felde meist anders psychologisch bedingt als im Frieden: nicht sowohl Angst vor Strafe, vor Mißhandlungen der Vorgesetzten Heimweh u. dgl. Friedensmotive standen an erster Stelle, als Schwierigkeiten zur Truppe zu gelangen bei irgendwie von ihr Getrennten, falsche Auffassung von Befehlen, Ratlosigkeit, Dämmerzuständen ähnliche Reaktionen nach Granatexplosionen. Simulation wurde nie beobachtet, krankhafte Übertreibungen kamen vor. Es lag daher in den Fällen im allgemeinen auch keine eigentliche Absicht der Entfernung vom Heere vor.

Die Kastansche Darstellung ermöglicht nicht recht, die Fälle selbst, so interessant auch einzelne nach Persönlichkeit des Täters, Art des Delikts (Selbstverstümmelung, Feigheit vor dem Feinde, Wachvergehen usw.) und Art der Ausführung zu sein scheinen, in prägnanter Charakteristik nach kriminalpsychopathologischen Gesichtspunkten wiederzugeben. Im einzelnen sei kurz folgendes erwähnt: Die Basis für die pathologischen Rauschzustände gaben Neuropathie, degenerative Anlage, traumatische Neurose, Imbezillität und chronischer Alkoholismus ab. Einzelne von den traumatischen Neurosen, die in alkoholisch ausgelösten Erregungszuständen kriminell geworden waren, hatten die ursächliche Verletzung erst im Kriege erworben. Auch sonst war die Alkoholintoleranz gelegentlich erst durch Feldzugseinflüsse (z. B. Erregung im Gefecht) herbeigeführt. In einem Falle mit anscheinend epileptoider Grundlage lag ein Notzuchtsversuch im Kriegsgebiet vor. Auch Totschlag kam vor. Im übrigen handelte es sich dem

[1]) Diese Berichte, II. Zusammenstellung, S. 78.

militärischen Milieu entsprechend meist um Achtungsverletzung und tätliche Angriffe.

Unter den sonstigen Alkoholpsychosen fand sich ein Dipsomane. Wiederholt wurde das Delikt unter dem Einfluß alkoholischer Sinnestäuschungen oder der damit verbundenen Angst begangen. In wieder anderen Fällen gaben Wahnvorstellungen mit Spionageverdächtigungen den Anlaß zur Kriminalität. Bei den chronischen Alkoholisten fanden sich vielfach, wenn auch nur angedeutet, Beeinträchtigungsvorstellungen. Eigentümlicherweise waren unter den sämtlichen alkoholisch bedingten Störungen zwar alle militärischen Altersklassen, aber in keinem Falle ungedienter Landsturm vertreten.

Die Dementia-praecox-Fälle boten meist das Endstadium einer mehr oder weniger weitgehenden läppischen oder einfachen Verblödung. Ein großer Teil von ihnen hatte eine mehr oder minder geraume Zeit im Kriege verbracht, ein gleichfalls beträchtlicher sich schon früher in Irrenanstalten befunden. Vorwiegend handelte es sich um militärische Delikte, die weniger auf Sinnestäuschungen und Wahnideen als auf Falschauffassungen beruhten.

Die Epileptiker hatten ihre Vergehen im Dämmerzustand ausgeführt. Ob bei ihnen echte Epilepsie oder Alkoholepilepsie vorlag, war nicht sicher zu entscheiden. Auch bei ihnen handelte es sich meist um militärische Delikte.

Das gleiche gilt von den Imbezillen: vorwiegend Fahnenflucht, sodann auch Gehorsamsverweigerung. Sie hatten zum Teil eine längere Dienstzeit, sogar mit guter Führung hinter sich. Ganser- und sonstige psychogene Zustände, Hemmungszustände u. dgl. wurden häufig als Reaktionen wohl auf das ungewohnte militärische Milieu beobachtet. Hin und wieder spielte bei den Delikten Alkoholgenuß eine begünstigende Rolle. Auffallend war die ziemlich starke Beteiligung der aktiven Soldaten und des ungedienten Landsturms an diesen Fällen.

Für die degenerativ Schwachsinnigen ist die frühzeitige soziale Verwahrlosung und die z. T. häufige Kriminalität vor dem Eintritt ins militärische Leben bezeichnend. Phantastische Schwindelneigung fand sich angedeutet. Bei den im hysterischen Dämmerzustand verübten Delikten — zumeist Entfernung von der Truppe — handelte es sich um Leute mit früher tadelloser Führung und zum großen Teil längerer erfolgreicher Diensttätigkeit. Ganz geringfügige Anlässe führten im übrigen schon zu psychogenen Erregungen und Bewußtseinstrübungen.

Unter den sonstigen straffällig gewordenen Fällen, die wegen Auffälligkeiten von der Truppe überwiesen wurden, befanden sich zwei Paralysen, eine Manie und ein symptomatisches Delir bei Septicämie, bei denen sämtlich Entfernung von der Truppe in Frage kam. Der letztere Fall war nach Erfrierung beider Füße verwirrt umhergeirrt. Freiwillig meldeten sich ängstlich erregte oder deprimierte Alkoholisten in der Klinik, die infolge alkoholischer Störungen Delikte verübt hatten (Betrug im pathologischen Rausch, Losschießen auf halluzinierte Schatten usw.). Eine Anzahl Kranke kamen aus dem Arrest wegen pathologischer Haftreaktionen.

Hübner erwähnt im Hinblick auf die häufig behauptete Amnesie bei unerlaubter Entfernung und die Tatsache, daß die Betreffenden, da wo sie mit andern in Berührung gekommen waren, niemals den Eindruck von Kranken gemacht hatten, daß bei den von ihm beobachteten hysterischen Dämmerzuständen die Patienten auch außerhalb derselben wegen der nachfolgenden schwer nervösen Symptome den Eindruck von Schwerkranken machten.

Berger begutachtete einen traumatischen Epileptiker, der auf Horchposten im epileptoiden Schlafzustand eingeschlafen war. Wiegand führt einen Fall an, der infolge Hirnerschütterung bei Granatexplosion im Dämmerzustand Entfernung vom Dienst beging und später entweder infolge eines hypomanischen Zustandes oder gesteigerter postkommotioneller Erregbarkeit Disziplinverletzung sich zuschulden kommen ließ.

Boas weist auf die kriminal-psychologische und -psychopathologische Bedeutung des jetzt so häufig zu beobachtenden unberechtigten Tragens von Kriegsauszeichnungen seitens Militärpersonen und anderer hin.

Dienstbrauchbarkeitsfragen.

Von Feststellungen über die Diensttauglichkeit von in psychisch-nervöser Hinsicht nicht Vollwertigen sind Fröhlichs, aus den Akten einer Berufsgenossenschaft gewonnene Ergebnisse über die Kriegsfähigkeit von Unfallrentenempfängern sowohl im Hinblick auf die Verschiedenheit der zivil- und militärärztlichen Beurteilung wie der zivilberuflichen und militärisch-kriegerischen Leistungsfähigkeit von praktischem Interesse.

Von 21 von der Militärbehörde eingestellten Rentenempfängern, deren entschädigter Unfall zwischen den Jahren 1896 und 1913 lag, und deren anerkannte Erwerbsschädigung in der Höhe zwischen 100% und 10% schwankte (16 davon unter 30%, nur 5 über 30%) wurde nur einer entlassen, alle übrigen konnten den Dienst anstandslos leisten. Von ihnen war je einer garnisondienstfähig, resp. Armierungssoldat, alle übrigen waren im Feldheer zu verwenden, darunter die beiden höchsten Rentenempfänger mit $66^2/_3$% und 100%. Ein anerkannter Rest von jahrelang hindurch bestehen gebliebener Arbeitsbeschränkung war also ohne Einfluß auf die militärische Leistungsfähigkeit. Nach Fröhlich liegt der Schluß nahe, daß diesen Rentenempfängern die Ausnutzung ihrer Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schon früher in höherem Grade möglich gewesen wäre, wenn sie gewollt hätten. Eine Charakteristik, die meines Erachtens doch zu weit geht. Allerhöchstens könnte man sagen, wenn ein entsprechend starker Willensantrieb vorhanden gewesen wäre, wie er eben wohl im militärisch-kriegerischem Milieu mit seinen nun schon zur Genüge gekennzeichneten Anregungen, Ablenkungen und dem äußern Druck und Zwang, nicht aber in der Durchschnittseinförmigkeit des Alltagslebens und -berufs gegeben ist, von den sonstigen Kraft- und Leistungsfähigkeit steigernden affektiven Einflüssen dabei ganz zu schweigen. Es erscheint mir daher zum mindesten dem Einzelfall gegenüber der von Fröhlich gezogene Schluß, daß die bisherige Schätzung der Erwerbsfähigkeit keine richtige gewesen und man künftig einen strengeren Maßstab an die Beurteilung der

Erwerbsfähigkeit werde anlegen können, nicht ohne weiteres berechtigt. Schließlich kann doch nicht die Leistungsfähigkeit unter besonderen — körperlichen und seelischen — Ausnahmebedingungen, wie sie die Kriegsverhältnisse doch einmal abgeben, zum Maßstab für die durchschnittliche Leistungsfähigkeit genommen werden. Von Bedeutung bleiben aber natürlich in jedem Fall solche Erfahrungen, die zeigen, was immer noch aus den Fähigkeiten mehr oder weniger erheblich Erwerbsbeschränkter unter besonderen Verhältnissen sich herausholen läßt, und ganz allgemein beweisen, daß eine ganz gehörige Summe von psychischer und körperlicher Energie im alltäglichen Leben unberührt aufgespeichert bleibt.

Daß geistesschwache wie geisteskranke Trinker wie krankhafte Persönlichkeiten überraschend gut die Strapazen eines Feldzuges aushalten und sich der Disziplin lange Zeit hindurch ohne Schwierigkeiten fügen können, wird wiederum von Kastan hervorgehoben, speziell für die Schwachsinnigen auch von Stelzner betont, die dagegen bei psychopathischen Konstitutionen umgekehrt auf das Mißverhältnis zwischen der sehr kurzen kriegsmäßigen Leistung und der Schwere der ihnen aus dem Kriege erwachsenen Schädigung und der dadurch dem Staat verursachten Kosten verweist.

Was nun die Diensttauglichkeit der im Kriege psychoneurotisch Erkrankten angeht, so wurden von Hübners in der Bonner Klinik behandelten Fälle etwa $^1/_3$ wieder felddienstfähig. Die Epileptiker mußten sämtlich dienstunfähig erklärt werden, von Neurasthenikern wurden 60% wieder felddienstfähig, von unkomplizierten Hysterien 40%, von Hysterien mit lokalen Erscheinungen 10%. Von psychischen Störungen hysterischer oder der Hysterie nahestehender Natur wurden 75% dienstunbrauchbar. Die auf Wollenbergs Anregung im Straßburger Lazarett eingeführte Heilbeschäftigung hatte nach Rosenfeld das Ergebnis, daß unter den von Mai 1915 bis Januar 1916 entlassenen Leuten je 22% kriegs- und garnisondienstfähig und 29% arbeitsverwendungsfähig wurden, während 25% als dienstunfähig anzusehen waren. Die besten Heilerfolge ergab übrigens die einfache nervöse Erschöpfung. Daß von Jendrassiks Kriegsneurosen 70% symptomlos, 17% bedeutend gebessert wurden, während 13% — darunter mehrere mit kombinierten Psychosen — unverändert entlassen wurden, sei in diesem Zusammenhange gleich mit erwähnt. Schließlich sind noch Jellineks wieder mit großen Zahlen arbeitende Feststellungen bemerkenswert. Von Konstatierern, die die Nervenambulanz eines Wiener Garnisonspitals in den ersten 17 Kriegsmonaten passierten, wurden 40% felddiensttauglich, 30% hilfsdiensttauglich und 0,5% für dienstuntauglich erklärt. Jellinek betont im Hinblick auf diesen geringen Prozentsatz der Dienstuntauglichen die im großen ganzen günstige Prognose der Kriegsneurosen.

Dienstbeschädigungsfragen.

Allmählich beginnen die an die nervösen Kriegsschädigungen geknüpften praktischen Fragen, speziell die Feststellung und Bewertung der erlittenen Schädigung und der zweckmäßigsten Form der Erledigung des

Entschädigungsanspruches eine größere Rolle zu spielen, Fragen, die schließlich doch bei allem berechtigten Wohlwollen gegenüber allen im Kriege Erkrankten, objektiv und nach rein wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu beantworten sind. Die Schwierigkeit bei der Begutachtung liegt naturgemäß in der gerade bei psychisch-nervösen Erkrankungen schwer zu treffenden Feststellung, daß die im Kriege erfolgte Entstehung oder Verschlimmerung des Leidens tatsächlich in Kausalzusammenhang mit den Kriegsschädigungen steht. Die Beschlüsse der Gruppe „Nerven- und Geisteskrankheiten" des Reichsausschusses für Kriegsfürsorge betonen in dieser Hinsicht, daß bei den vielen aus inneren Ursachen und in weitgehendem Maße unabhängig von äußeren Schädigungen sich entwickelnden Geisteskrankheiten der Nachweis durchschnittlicher Kriegsschädigungen nicht ohne weiteres als ausreichend zur Begründung eines Entschädigungsanspruchs erachtet werden könne, sondern erst, wenn die besonderen Umstände des Falls nach Schwere der Schädigung und dem zeitlichen Verhalten des Ausbruchs der Erscheinungen mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang spreche, sowie daß die Annahme einer Verschlimmerung durch den Krieg bei Geisteskranken mit einer dem natürlichen Verlauf entsprechenden fortschreitenden Tendenz erst durch den Nachweis besonderer Verlaufsverhältnisse und ihre Abhängigkeit von Kriegsschädigungen gerechtfertigt werde.

Der Umfang der zu erwartenden, sei es berechtigten, sei es unberechtigten Entschädigungsansprüche, wird von manchen Seiten nicht zum wenigsten auch aus psychologischen Gründen, nicht gering eingeschätzt. Hoche weist speziell auf die besondere seelische Verfassung und Einstellung der heutigen Feldzugsteilnehmer hin, bei denen die fest im Bewußtsein der arbeitenden Klassen verankerte Vorstellung, daß für jeden wirtschaftlichen Schaden ein Ersatz zu erreichen ist, sodann die nach der Rückkehr aus dem Felde zunächst wohl bestehende Arbeitslosigkeit, die Reflexion über das, was sie gelitten und geleistet haben, die aus dem Felde mitgebrachten kleinen reellen Beschwerden und nervösen Mißempfindungen selbst sowie die entwöhnte Tätigkeit leicht die allgemeine Geistesrichtung auf die Geltendmachung von Kriegsansprüchen hinlenken könne. Man wird abwarten müssen, ob die äußeren Verhältnisse nach dem Kriege, und die Art, wie sich die Feldzugsteilnehmer damit abfinden, sich so gestalten werden, daß sie diesen Pessimismus rechtfertigen.

Cimbal fordert speziell Zurückweisung der Entschädigungsansprüche in den Fällen, wo unabhängig von im Kriege erworbenen Schädigungen Äußerungen eines krankhaften Charakters, einer angeborenen nervösen Veranlagung, einer Form seelischer Unterwertigkeit vorliege. Die Mehrzahl von ihnen entstehe ohne unmittelbare Schädigung oft erst nach monatelangem Lazarettaufenthalt, sobald die Rückkehr ins Feld drohe, wobei die angebliche Granaterschütterung meist unbewiesen sei und in unlösbarem Widerspruch zu den bekannten Geschoßwirkungen stehe.

Ähnliche Gesichtspunkte werden auch sonst geltend gemacht, wobei insbesondere die bei den Kriegsneurosen doch mehr oder weniger aus-

gesprochene nervöse Disposition bei der Kriegsbeschädigungs- und Entschädigungsfrage in Rechnung gesetzt wird. Nägeli meint wegen der zu starken, finanziellen Belastung solle man die nur im Inland verwendeten Nervösen bei starker Belastung abweisen, zumal sie keinen außergewöhnlich starken Insulten ausgesetzt waren. Bei den eigentlichen Kriegsteilnehmern dagegen solle die nervöse Belastung trotz ihrer oft dominierenden Bedeutung für die Entstehung des Leidens nicht eine Reduktion der Entschädigung veranlassen, da durch die modernen Kriegseinflüsse Leute nervenkrank würden, die sonst auch auf starke psychische Schädigung nicht erkrankt wären. Auch Gaupp ist für eine solche unterschiedliche Behandlung, damit nicht der psychisch minderwertige Hystericus, dessen psychische Minderwertigkeit die Ursache für seine Erkrankung sei, für seine aus der Angst bei Übernahme des Kriegsdienstes stammende hysterische Reaktion eine Dauerprämie bekomme. Rümelin meint im Hinblick auf diese Erfahrungen, man solle ein gewisses Mindestmaß von Widerstandsfähigkeit zur Voraussetzung für Ansprüche wegen Kriegsneurose machen, ein Ding, dessen Abmessung sich, wie ich glaube, recht schwierig gestalten würde.

. Brodmann hält demgegenüber ein Sonderrecht, namentlich ein materiell ungünstigeres, für die Entschädigung dieser Kriegsneurosen nicht wohl für gerechtfertigt, einmal weil die Zahl dieser Fälle unter den Kriegsdienstbeschädigten bei Zugrundelegung der Zahlen bei Unfallverletzten (2—3% Unfallneurosen) im Verhältnis zur Gesamtheit der Verletzten recht gering sei und zudem auch rein nervöse Störungen häufig eine erhebliche, schwerere Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als irgendein anderes Leiden mit sich bringen. Im übrigen, meine ich, darf man doch auch nicht übersehen, daß trotz Disposition, trotz Kriegsangst, trotz bloßem Garnisondienst usw. die Entstehung resp. Verschlimmerung des Leidens doch letzten Endes auch durch den Krieg herbeigeführt und zudem unverschuldet ist.

Nach Hübner braucht übrigens, wie in diesem Zusammenhang noch erwähnt sei, auch bei den schwersten Psychoneurosen nur ausnahmsweise Verstümmelungszulage gewährt zu werden.

Für die Art der Erledigung der Entschädigungsansprüche dienen im großen ganzen immer die gleichen, aus den Erfahrungen der Unfallgesetzgebung nahegelegten Richtlinien. Die oben erwähnten Beschlüsse des Reichsausschusses für Kriegsfürsorge sprechen sich dahin aus, daß die Erledigung in solchen Fällen nervös bedingter Dienstbeschädigung, bei denen sie im Interesse der Heilung liegt, durch besonders angepaßte Gestalt der Rentenversorgung insbesondere Kapitalabfindung möglichst schnell und endgültig erfolge. Nägeli wie auch viele andere verlangen im allgemeinen eine Entschädigungsart, die nicht auf dem Boden der Gesetzgebung nachträglich Wunsch- und Rentenneurosen aufkommen läßt, sowie auch eine gewisse Zurückhaltung gegenüber den leichteren Fällen im Interesse der Schwergeschädigten. Nägeli empfiehlt im besonderen Kapitalabfindung unter der Annahme einer vorübergehenden, in ein bis drei Jahren je nach der Schwere der Erkrankung verschwindenden Erwerbseinbuße, einmalige definitive Begutachtung zwecks rascher Erledigung der Sache und Aus-

schaltung des Rentenkampfs und prinzipiell niedrige Einschätzung der Leichterkrankten gemäß der heutigen Auffassung von der günstigen Prognose der traumatischen Neurose im Falle der Abfindung.

Horn stellt ähnlich Grundsätze auf: Einmalige Kapitalabfindung als Verfahren der Wahl, die Übertragung des Abfindungsverfahrens auch auf nervöse Kriegsbeschädigte. Den Plan, nur einen Teil des Rentenanspruchs zu kapitalisieren, hält er wegen der dadurch in Frage gestellten therapeutischen und erzieherischen Wirkung der Abfindung wenigstens bei nervösen Kriegsbeschädigten nicht für empfehlenswert. Für eine restlose Abfindung sämtlicher Kriegsneurosen ist er dagegen nicht. Geistesstörungen, Schwachsinn, hysterische Psychosen auch rein funktionell nervöse Kriegsbeschädigte, die tatsächlich voll erwerbsfähig erscheinen, dürfen zunächst nur Rentenempfänger werden. Als Indikationen für die Abfindung nennt Horn einmal wichtige therapeutische Interessen, oder, daß eine gewisse Anpassung und Gewöhnung an die Verletzungsfolgen im Laufe der Jahre zu erwarten, eine Verschlimmerung ausgeschlossen sei und ein gewisses Maß von Erwerbsfähigkeit noch besteht. In zeitlicher Hinsicht erscheint auch ihm möglichst baldiger Abschluß des Entschädigungsverfahrens, aber erst nach Beendigung des Krieges, angebracht.

Auch Redlich verwirft fortlaufende Renten mit periodischen ärztlichen Untersuchungen, hält aber auch die einmalige Kapitalabfindung wegen der Gefahr unzweckmäßiger Verwendung und des Notstands für bedenklich. Er empfiehlt Zuerkennung einer zeitlich begrenzten, automatisch endigenden Gewöhnungsrente.

Ein weiteres Eingehen auf praktische, soziale wie gesetzgeberische Fragen der Kriegsbeschädigtenfürsorge (Hoche, Weygandt u. a.) würde zu weit über die hier zur Erörterung stehenden Fragen der wissenschaftlichen Kriegsneurologie und -psychiatrie hinausführen.

Das bisher gewonnene Kriegsmaterial ist, soweit es überhaupt für allgemeinere, prinzipiellere Fragen herangezogen wurde, bis jetzt im wesentlichen zur Heraushebung mehr oder weniger spezifischer, durch die besonderen Kriegsbedingungen gegebener Krankheitserscheinungen und -typen verwertet worden, es diente also der Erforschung eines ganz bestimmten umgrenzten klinischen Spezialkreises, eines kleinen Ausschnittes aus dem großen klinischen Gesamtgebiet. Es liegt nun aber ebenso nahe und wäre zum mindesten von gleichem klinischen Wert, wenn man umgekehrt die Kriegserfahrungen systematisch in allgemeinerer Weise für die gesamte Klinik nutzbar machen wollte und statt nach den besonderen durch den Krieg gegebenen Spezialerscheinungen, Varietäten, Sondertypen u. dgl. zu fragen, sich vielmehr die Frage stellte, ob denn nach den neu gebotenen Sondererfahrungen die bisher festgelegten Krankheitstypen in ihrer Art, ihrem Umfange usw. auch richtig aufgefaßt und gefaßt sind oder ob sie in der oder jener Hinsicht einer Korrektur bedürfen. Es liegt ja auf der Hand: das, was wir bisher von den einzelnen Krankheitstypen und ihren Eigenheiten kennenlernten und wonach wir die einzelnen Typen bildeten, war das, was sie immer wieder unter den üblichen Durchschnittsbedingungeu dar-

boten. Nun, da wir sie unter ganz veränderten neuen äußeren Bedingungen, unter den Ausnahmeverhältnissen des Krieges wiederfinden, können sie sich sehr wohl von einer neuen, abweichenden Seite darbieten und zeigen, daß wir an ihnen manches falsch eingeschätzt, und es, weil es bisher zu schwach oder stark, zu häufig oder zu selten hervorgetreten, als wesentlich oder nebensächlich, als charakteristisch oder zufällig über- oder unterschätzt haben. Und noch ein weiteres klinisch belangvolles Moment kann das Massenexperiment des Krieges enthüllen: die besondere Variationsbreite der einzelnen Krankheitstypen. Sie richtig in allen ihren Beziehungen und ihrem ganzen Umfang zu erkennen und abzuschätzen war uns bisher, wo wir nur die endogenen Spontanvariationen und die unter Durchschnittsbedingungen hervortretenden Schwankungen des Typus zu Gesicht bekamen, nicht möglich. Jetzt dagegen läßt sich unter den besonderen äußeren Bedingungen erkennen, wie weit die Variabilität, zumal die exogene, die durch starke äußere Einwirkungen manifest gewordene, geht. Nach den bisherigen Eindrücken zu urteilen, wie sie insbesondere durch die Erfahrungen bei der Epilepsie, der Hysterie, den psychogenen Störungen überhaupt gegeben sind, wird man ja nicht gerade allzuviel Überraschendes in dieser Hinsicht erwarten dürfen, immerhin wird es aber doch von Bedeutung sein, wenn man unter Bedingungen, wie sie kaum so bald noch einmal wiederkehren dürften, solche fast auf das ganze klinische Gebiet sich erstreckende Fragen von prinzipieller klinischer Wichtigkeit aufwirft und durch systematische Prüfung zu definitivem Abschluß zu bringen sucht.

Literaturverzeichnis.

Alexander, Über Simulation von Ohrenkrankheiten. Militärärztl. Demonstrationsabende im k. k. Garnisonspital Nr. 2 in Wien. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 18/19.

Ammersbach, Funktionelle Larynxstörungen bei Heeresangehörigen. Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. **30**, Heft 2. 1916.

Arneth, Über Influenza im Felde. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 21.

Augstein, Kriegstagung der Ungarischen ophthalmol. Gesellsch. zu Budapest am 11. V., 12. VI. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 32.

Bäumler, Kriegsärztliche Erfahrungen. Sitzung d. Freiburger med. Gesellsch. vom 30. XI. 1915; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 14.

Beck, Rombergsches Phänomen bei traumatischer Neurose (Schrapnellneurose). Sitzung d. Österreich. otol. Gesellsch., Dezember 1914; Autoref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **12**, Heft 3. 1916.

Benda, Psychiatrische Vorschläge für die Zeit nach dem Kriege. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, Heft 4. 1916.

Berger, Über traumatische Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.

Beyer, Über das Zittern bei Kriegsbeschädigten. (Aus „Die Kriegsbeschädigtenfürsorge in der Rheinprovinz"; herausgeg. im Auftrage des Tätigkeitsausschusses für Kriegsbeschädigtenfürsorge der Rheinprovinz.) Psych. Neurol. Wochenschr. 1916, Nr. 3/4.

Binswanger, Fall von psychogener Amaurose. Sitzung d. Naturwiss.-med. Gesellsch. zu Jena vom 24. II. 1916; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 17.

Birch-Hirschfeld, Über Nachtblindheit im Felde. Vortr. im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg am 22. V. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 27.

Bittorf, Über Leptomeningitis haemorrhagica acuta. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **54**, Heft 6. 1916.

Blumenfeld, Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt 1916, Nr. 13.
Boas, Über das unberechtigte Anlegen von Kriegsauszeichnungen, besonders im Verein mit andern forensischen Komplikationen. Archiv f. Kriminologie **57**; Autoref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 13.
Böhmig, Bericht der Nervenabteilung des Reservelazaretts I. Dresden. Vortr. in der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Dresden, Oktober 1915. Deutsche militärärztl. Zeitschr. **45**, Heft 9/10. 1916.
Bonhöffer, Diskussion zum Vortrag Cassirer; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
— Diskussion zum Vortrag Gumpertz; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 11.
Böttger, Diskussion zum Vortrag Nonne, Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegsgysterie. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Brauer, Flecktyphus. Vortr. auf der ao. Tagung d. Kongresses f. inn. Med. in Warschau am 1./2. V. 1916. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 21.
Brückner, Psychiatrische Kriegserfahrungen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 23.
Bunnemann, Die Neurosenfrage und das Arndtsche biologische Grundgesetz. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 15.
Büscher, Über psychogene Störungen bei Kriegsteilnehmern. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, Heft 3. 1916.
Buttersack, Zur Kasuistik der Kriegsneurosen. Med. Korrespondenzbl. d. württ. ärztl. Landesvereins 1916, Nr. 1.
Cassirer, Über Kombination funktioneller und organischer Symptome. Sitzung der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenheilk. vom 10. I. 1916; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 4.
Cimbal, Diskussion zum Vortrag Nonne; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Cohn, Zur Frage der psychogenen Komponente bei Motilitätsdefekten infolge von Schußverletzung. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Curschmann, Zur Diagnose nervöser, insbesondere thyreogener Herzbeschwerden Heeresangehöriger (die Adrenalinaugenprobe und die Lymphocytenauszählung). Med. Klin. 1916, Nr. 10.
Determann, Die militärärztliche Beurteilung leichter Herzstörungen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 23.
Drastisch, Diskussion zum Vortrag Tandler, Krieg und Bevölkerung. K. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien, 14. IV. 1916. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 17.
Edel-Piotrowski, Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 5.
Elschnig, Kriegstagung der Ungarischen ophthalmol. Gesellsch. zu Budapest am 11./12. VI. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 32.
Engelen-Rangette, Nachweis von Simulation durch das Assoziationsexperiment. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 4.
— Eine besondere Gruppe von Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 13.
— Psychotherapie bei traumatischen Neurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 8.
Epstein, Krieg und Psychose. Gyogyaszat 1915, Nr. 4; ref. Centralbl. f. Psychol. u. psychol. Pädag. 1916, Nr. 1.
Erlenmeyer, Der Shock, seine Bedeutung und Behandlung im Feld. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
Feis, Zwei Fälle von hartem traumatischen Ödem des Handrückens. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M., 6. III. 1916. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
Finger, Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege. Kriegsärztl. Abende des Wiener med. Doktorkollegiums am 23. II. 1916. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 21 (auch Med. Klin. 1916, Nr. 23).
Fröhlich, Die Kriegsfähigkeit von Rentenempfängern. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **33**, Heft 1/2. 1916.
Fröschels, Untersuchungen von frischem traumatischen und altem Stottern. 4. Demonstrationsabend im k. k. Garnisonspital Nr. 2 in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 16.
— Über traumatische Sprachstörungen. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 17.

Fröschels, Zur Differentialdiagnose zwischen frischem traumatischen und veraltetem Stottern. Med. Klin. 1916, Nr. 26.
Fuchs, Kriegspsychologisches. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 16.
Gaupp, Diskussion zum Vortrag Nägeli; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 6.
Gelencser, Kriegstagung der Ungarischen ophthalmol. Gesellsch. zu Budapest am 11. u. 12. VI. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 32.
Gerhardt, Demonstrationen. Würzburger Ärzteabend vom 25. I. 1916; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 8.
Gerver, Die Kriegspsychose. Russki Wratsch 1915, Nr. 34 u. 36; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 13.
Gottstein, Ärztliche Bemerkung zur Nahrungsmittelversorgung. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.
Grafe, Demonstration hysterischer Störungen. Sitzung des Naturhist.-med. Vereins zu Heidelberg am 8. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
Gudden, Kriegspsychiatrische Erfahrungen. Vortr. im Ärztl. Verein zu München am 15. XII. 1915; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10.
Gumpertz, Demonstration hysterischer Sprachstörungen. Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 10. I. 1916; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 4.
— Einiges über Nervenshock. Vortr. in der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. am 13. III. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 19.
Gutzmann, Stimm- und Sprachstörungen im Kriege und ihre Behandlung. Kriegsärztlicher Bericht. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 7.
Halbey, Die unter dem Begriff der „nervösen Störung der Herztätigkeit" registrierten krankhaften Erscheinungen in der Herzsphäre bei Soldaten und ihre Bedeutung für die Mannschaftseinstellung, den Militär- und Marinedienst und den Kriegsdienst. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 32, Heft 4/5. 1916.
Happich, Hysterie im Frontlazarett. Sitzung des Naturhist.-med. Vereins zu Heidelberg am 18. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
Hartmann, Übungsschulen von Gehirnkrüppeln (Sprachkranken und anderen Gehirnverletzten). II. Mitteilung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 12.
Hauptmann, Muskeldystrophie nach Unfall. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 6.
Heinsheimer, Zur kriegsärztlichen Beurteilung der Magen- und Darmkrankheiten. Med. Klin. 1916, Nr. 19.
Hellwig, Krieg und Kriminalität. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft 37. 1916.
Henneberg, Pseudokatatonie nach Typhus. Hysterie nach Bruchoperation. Kriegsärztl. Abende d. Zehlendorfer Lazarette, 16. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Higier, Eigentümlicher Dämmerzustand nach Granatexplosion (Kriegshypnose nach Millian). Verhandl. d. Warschauer ärztl. Gesellsch. 1915; Eigenber. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 9.
— Klonische Krämpfe der tiefen Halsmuskulatur im Anschluß an eine Schußverletzung der letzteren. Verhandl. d. Warschauer ärztl. Gesellsch. 1915; Eigenber. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 9.
Hirsch, Über Kriegspsychose des Weibes. Deutsche Strafrechtsztg. 1916, Heft 3/4.
Hirschfeld, Kriegspsychologisches. Bonn 1916.
Hoche, Über Wesen und Tragweite der Dienstbeschädigung bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern. Referat im Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 39, Heft 6. 1916.
— Seelische Massenerscheinungen im Kriege. Deutsche Revue 1916.
Holzmann, Diskussion zum Vortrag Nonne; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Homburger, Die körperlichen Erscheinungen der Kriegshysterie. Vortr. im Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg am 18. I. 1916. Münch. med. Wochenschrift 1916, Nr. 29.
Horn, Über die Kapitalisierung von Kriegsrenten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 13.

Hübner, Heilerfolge bei Neurosen. Vortr. in der Militärärztl. Vereinigung Bonn am 27. XI. 1915. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 19.
— Die Dienstbeschädigungsfrage bei Psychosen. Vortr. auf der Versamml. d. Neurol. u. Psychiater des VII. A.-K. am 24. VI. 1916 zu Bonn. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 15.
Jellinek, Zur militärärztlichen Konstatierung der Kriegsneurosen. Vortr. f. d. 3. Demonstrationsabend im k. k. Garnisonspital Nr. 2 in Wien am 22. I. 1916. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 7.
Jendrassik, Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.
Infeld, Demonstration in der k. k. Gesellsch. d. Ärzte zu Wien am 28. I. 1916. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 11.
Joelsohn, Zwei bemerkenswerte Fälle von Alopecia areata. Med. Klin. 1916, Nr. 29.
Jolly, Über Kriegsneurosen. Archiv f. Psych. u. Neurol. **56**, Heft 2. 1916.
Kafka, Zwangsneurosen bei Kriegsteilnehmern. Sitzung des Ärztl. Vereins zu Hamburg am 8. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Kastan, Die strafbaren Handlungen psychisch-kranker Angehöriger des Feldheers. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. **56**, Heft 2 u. 3. 1916.
Kaufmann, Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.
— Zur Methodik der Beseitigung psychogen-motorischer Reiz- und Ausfallserscheinungen. Vortr. in dem Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg am 30. V. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
Kehrer, Über Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen. Vortr. im Verein südwestdeutscher Nerven- und Irrenärzte zu Baden-Baden am 3. VI. 1916; Autoref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **12**, Heft 7. 1916.
Kittsteiner, Ein eigentümliches Verhalten des Pulses bei Herzneurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Klieneberger, Über Schädelschüsse. Diskussionsbemerkung auf dem kriegsärztl. Abend in Lille am 16. XII. 1914. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 11.
Köhne, Die Jugendlichen und der Krieg. Deutsche Strafrechtsztg. **3**, Heft 1 u. 2. 1916.
Krisch, Allgemeine, vorwiegend toxische, suggestiv beeinflußbare Krämpfe. Sitzung des Greifswalder med. Vereins am 3. XII. 1915; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 9.
Labor, Fieberzustände nach Granatkontusion und -erschütterung. Militärarzt 1916, Nr. 14.
Lehmann, Verletzungen des Gehörorgans mit besonderer Berücksichtigung der Detonationswirkung. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 5.
Lenné, Zur Behandlung der Kriegsdiabetiker. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 20.
Lewandowsky, Diskussion zum Vortrag Cassirer; ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. **12**, 426.
Liepmann, Zur Fragestellung in dem Streit über die traumatische Neurose. Nach Diskussionsbemerkungen zum Vortrag Cassirer; Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Löhlein, Über die im Felde beobachteten Sehstörungen bei Nacht. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 25.
— Psychogene Blicklähmung unter dem Bilde einer beiderseitigen Lähmung aller äußeren Augenmuskeln. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1916; ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. **13**, Heft 2.
Loewy, Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. Der Militärarzt 1916, Nr. 27.
v. Maiendorf, Über pathologische Zitterformen im Kriege. Vortr. in der Med. Gesellsch. zu Leizpig am 11. I. 1916. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **34**, Heft 4. 1916.

Mann, Eigenartige Formen von funktioneller Neurose bei Kriegsverletzten. Med. Sektion d. schles. Gesellsch. f. vaterländische Kultur, Breslau, 10. III. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
Marburg, Zur Frage der Beurteilung der traumatischen Neurosen im Kriege. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10.
— Die neurologischen Kriegsfolgen und deren Behandlung. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung **7**, Maiheft. 1916.
— Die Kriegsverletzungen der peripheren Nerven. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung **7**, Maiheft. 1916.
Marcuse, Zur Kenntnis des Climacterium virile. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 14.
Marx, Erinnern und Vergessen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen **51**, 2. 1916.
Mendel, Kriegsbeobachtungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 9.
Messer, Zur Psychologie des Kriegs. Preuß. Jahrbücher **159**, Heft 3.
Meyer, Diskussion zum Vortrag Wenckebach, Herzkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Außerordentl. Tagung d. Kongresses f. inn. Med. zu Warschau am 2. V. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 21.
Michaelis, Erfahrungen aus einem Heimatlazarett für innere Krankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 9 u. 10.
Mohr, Die Behandlung der Kriegsneurosen. Therap. Monatshefte 1916, Nr. 3.
Mönckeberg, Zur Frage der Ätherosklerose im militärdienstpflichtigen Alter. Centralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. 8, Nr. 1—3; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
Muck, Heilung von schwer funktioneller Aphonie (Methode: Erzeugung eines Angstschreis durch vorübergehende, endolaryngeal herbeigeführte Kehlkopfstenose). Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 12.
— Psychologische Beobachtungen bei Heilungen funktionell stimmgestörter Soldaten. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.
Munk, Klinische Studien beim Fleckfieber. Vortr. in der Berliner med. Gesellsch. vom 15. III. 1916. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 20.
Nägeli, Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen mit besonderer Berücksichtigung der Oppenheimschen Auffassungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 21.
— Über die Entschädigung der Kriegsneurosen. Vortr. in dem medizin.-naturwissenschaftl. Verein zu Tübingen; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 6.
Nissl, Über den Stand der Hysterielehre mit besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Vortr. im naturhistorisch-medizin. Verein zu Heidelberg vom 18. I. 1916; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Oppenheim, Neurosen infolge Kriegsverletzungen. Berlin 1916, Karger.
— Neurosen nach Kriegsverletzungen. Kriegsärztlicher Abend zu Berlin am 29. II. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 12.
— Für und wider die traumatische Neurose. Nach Diskussionsbemerkungen zum Vortrag Cassirer. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
— Fortgesetzte Diskussion über die traumatischen Neurosen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 13.
Orlowski, Über einen Schutzmechanismus der menschlichen Psyche. Verhandlungen der Warschauer wissenschaftl. Gesellsch. 1916, Bd. 9; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 15.
Pelz, Über hysterische Aphasie. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **56**, Heft 2. 1916.
Pilcz, Krieg und progressive Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 25.
Piotrowski, Zur Frühdiagnose der Paralysis progressiva. Berliner klin. Wochenschrift 1916, Nr. 13.
Pollack, Zur Behandlung der hysterischen Aphonien Kriegsverletzter. Med. Klin. 1916, Nr. 20.
Pütter, Jahresbericht der Zentralkommission der Auskunfts- u. Fürsorgestelle für Lungenkranke, Alkoholkranke u. Krebskranke in Berlin im 2. Kriegsjahr 1915.
Redlich - Karplus, Über Auffassung und Behandlung der sog. traumatischen Neurosen im Kriege. Med. Klin. 1916, Nr. 17.

Redlich-Karplus, Über das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosion resp. Mischformen derselben mit funktionellen Störungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **39**, Heft 5. 1916.
Redlich, Demonstration in der Gesellsch. der Ärzte in Wien vom 4. II. 1916; ref. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 19.
— Leitsätze zur traumatischen Neurose. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916, Heft 17/18.
Reiss, Besprechung über periphere Nervenverletzungen und deren Behandlung. Kriegsärztl. Abende der Festung Metz vom 17. XI. 1915. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 9.
Richter, Eine Warnung vor dem Morphiummißbrauch. Münch. med. Wochenschrift 1916, Nr. 22.
Ritterhaus, Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Etappengebiet. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **32**, Heft 4/5. 1916.
Roos, Zur Frage der Kriegsarteriosklerose. Vortr. auf der Vers. der Beobachtungsabteilg. u. Lazarette f. inn. Krankheiten im Dienstbereich des XIV. Armeekorps am 18. III. 1916 in Karlsruhe; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Rosenfeld, Über die Erfolge der Heilbeschäftigung in Lazaretten. Straßburger med. Ztg. 1916, Nr. 3; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 11.
Rössle, Kriegsärztliche Demonstrationen. Sitzung der naturwissenschaftl.-medizin. Gesellsch. in Jena vom 24. II. 1916; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 17.
Rümelin, Diskussion zum Vortrag Naegeli; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 6.
Rumpf, Leitsätze für Ärzte, Behörden und Versicherungsgesellschaften zur Beurteilung und Behandlung von nervösen Unfallerkrankungen bei Entschädigungsansprüchen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 17.
Rupprecht, Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München im Kriegsjahr 1915. Centralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung 8, Heft 3 u. 4. 1916. (Auch Münch. med. Wochenschr. 1916.)
— Die Jugendstraffälligkeit in Bayern im Kriege und im Frieden. Deutsche Strafrechtsztg. 1916, Heft 3/4.
Sänger, Diskussion zum Vortr. Nonne; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
v. Sarbo, Über die durch Granat- und Schrapnellexplosionen entstandenen Zustandsbilder. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 20.
Schanz, Krankenvorstellung in der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden am 6. XI. 1915; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 11.
Schottmüller, Diskussion zum Vortr. Nonne; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Schüller, Zur militärärztlichen Konstatierung der Epilepsie. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 8.
Schultz, Zur klinischen Analyse der Granatshockwirkung. Med. Klin. 1916, Nr. 9.
Schultze, Bemerkungen über die traumatischen Neurosen, Neurasthenie und Hysterie. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 15.
Schuster, Entstehen die traumatischen Neurosen somatogen oder psychogen? Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 12.
— Diskussion zum Vortr. Cassirer; ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Schützinger, Ein Fall von traumatischem Basedow. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 13.
Seige, Über psychogene Hör- und Sprachstörungen („hysterische Taubstummheit"). Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **39**, Heft 6. 1916.
Singer, Die Objektivierung nervöser Beschwerden im Kriege. Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiete der prakt. Medizin **16**, Heft 1. 1916.
Sommer, Krieg und Seelenleben. Leipzig 1916.
Stein, Der Einfluß des Krieges auf die Verteilung der venerischen Affektionen der Zivilbevölkerung. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 28.
Steiner, Kriegserkrankungen des Larynx. Sitzung des Vereins deutscher Ärzte zu Prag vom 18. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 28.

Stekelmacher, Diskussion zu der Demonstration Grafe; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
Stelzner, Die Kriegsverwendungsfähigkeit der psychisch Abnormen. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. 56, Heft 13. 1916.
Stern, Die psychoanalytische Behandlung der Hysterie im Lazarett. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916, Nr. 1/2.
Stiefler, Forensisch-psychiatrische Beobachtungen im Felde. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. 37. 1916.
Stransky, Diskussion zu v. Tandler, Krieg und Bevölkerung. K. k. Gesellsch. der Ärzte in Wien vom 14. IV. 1916. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 17, Orig. Nr. 18.
Strümpell, Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. 1916, Nr. 18.
Suckau, Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 72, Heft 4. 1916.
Thannhauser, Traumatische Gefäßkrisen, Shock und Kollaps. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 16.
Thost, Diskussion zum Vortrag Nonne. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Trömner, Diskussion zum Vortrag Nonne. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
— Hysterische Anästhesie von peripherem (ulnarem) Typ. Ärztl. Verein in Hamburg vom 8. II. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Uffenheimer, Demonstrationen zur Hysteriefrage. Wissenschaftl. Abende der Sanitätsoffiziere der Garnison Passau vom 20. I. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 12.
— Hysterischer Mutismus. Wissenschaftl. Abende der Sanitätsoffiziere der Garnison Passau vom 1. III. 1916; ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916 Nr. 30.
Uffenorde, Traumatische Beschädigungen des Gehörorgans. Medizin. Gesellsch. in Göttingen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
Uhlmann, Serologische Befunde bei Granaterschütterungen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
Ullmann, Enuresis nocturna militaris. Sitzung der k. k Gesellsch. der Ärzte zu Wien vom 5. V. 1916; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 23.
Urbantschitsch, Hysterische Taubstummheit. Vortr. auf dem Demonstrationsabend im Wiener Garnisonspitals Nr. 2 vom 17. X. 1915. Wiener klin. Wochenschrift 1916, Nr. 7.
Wagner, Überblick über die in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen behandelten nerven- u. geisteskranken Soldaten. 5. kriegswissenschaftl. Sitzung Gießen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 15.
Weber, Krankenvorstellungen in der Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden vom 6. XI. 1915; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 11.
— Desgl., Sitzung vom 26. II. 1916; ref. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 29.
Weichselbaum, Diskussion zum Vortr. Tandler: „Krieg u. Bevölkerung"; ref. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 16.
Weygandt, Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Maiheft 1916.
— Diskussion zum Vortr. Nonne. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.
Weiler, Kriminalstatistik von Heeresangehörigen. Ärztl. Verein zu München vom 15. XII. 1915; ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10.
Wiegand, Über Granatkommotionsneurosen. Inaug.-Diss. Freiburg 1916. (14 Fälle.)
Zahn, Die hypnotische Behandlung bei im Felde entstandenen psychogenen Erkrankungen. Med. Klin. 1916, Nr. 24.
Ziehen, Die Psychologie großer Heerführer. Leipzig 1916, Barth.



Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht

von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Fünfte Zusammenstellung von Anfang August 1916 bis Ende März 1917[1]).

Inhaltsübersicht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Bezüglich der seelischen Verfassung im Felde und der psychischen Wirkungen der Feldzugseinflüsse hebt Morawzcik die psychische Stumpfheit nach mehreren mitgemachten Gefechten und den ruhigen Schlaf im Schlachtenlärm des Schützengrabens nach Berichten zurückgekehrter Offiziere hervor. Knoll weist speziell auf das äußere Ruhigbleiben der Soldaten in schwierigen Situationen hin, das er gleichfalls mit einer Abstumpfung gegenüber den Erschütterungen in Verbindung bringt. In einem von Sommer wiedergegebenen psychiatrischen Feldbriefe

[1]) Vgl. diese Zeitschrift Ref. **11**, 321—369; **12**, 1—89; **12**, 317—388 und **13**, 457—533.

wird als auffallend angeführt, daß die Mannschaften erst auf stärkere als die gewöhnlichen Reize (wie Anruf aus der Entfernung) reagieren, auch sonst etwas schwerfälliger sind und verminderte Energie zeigen. Erschwerte Fixation, leichte Ablenkbarkeit wurde bei Meldungen u. dgl. beobachtet. Bei den aus aufreibenden Kämpfen Kommenden, fiel ein leicht hypomanischer Zustand auf (ähnlich schon früher Wittermann). Im übrigen wird Reizbedürfnis als Ausdruck der Ermüdung bzw. Langenweile und — merkwürdigerweise — größere Alkoholtoleranz als im Frieden angeführt.

Hellpach nennt als pathologische Elemente einer Umwandlung des Seelenlebens bei angeblich normal gebliebenen Feldzugsteilnehmern: Gedächtnisschwäche, Interessenstumpfheit, erregtes Traumleben und Stimulantiensucht (namentlich Nicotinismus.) Dies sehe zum Teil nach Erschöpfung aus, sei aber in der Hauptsache Erregungsfolge infolge der chronischen Emotionen des Kriegslebens, die selbst wieder Mitursache der schleichenden Erschöpfung sei. Hellpach glaubt diesen chronischen Emotionen über die Kriegsdauer hinaus eine wichtige Rolle in psychopathologischer Hinsicht zusprechen zu dürfen, was Bonhöffer nicht anerkennt, da die Arbeitsnötigung des Friedens diese Schädigung überwinden werde.

Löwy betont die geringe psychopathologische Wirkung des Kleingewehrfeuers gegenüber der Artilleriebeschießung, da beispielsweise die Feuertaufe seines Landsturmregiments trotz der unvermuteten Plötzlichkeit des Feuerüberfalls in der Nacht und schwersten Kugelregens ohne einen Fall von psychischer Schädigung verlief. Dazu steht in gewissem Gegensatz die von Friedländer wiedergegebene Angabe mancher Kriegsteilnehmer, daß sie durch Maschinen- und Infanteriegewehrfeuer mehr erregt wurden als durch Geschützfeuer, an welches sich viele gewöhnt hatten. Goldstein erwähnt als Trommelfeuerwirkung hochgradige Apathie, starkes Ermüdungsgefühl, mechanische Pflichtenerfüllung ohne eigentliche Minderung der Schaffenskraft, Verlust des Zeitsinns bei erhaltenem Raumsinn, erschwerte Wortfindung, herabgesetztes Gedächtnis nicht nur für die Zeit des Trommelfeuers, sondern oft tagelang nachher ganz allgemein und körperlich zunächst beschleunigter und gespannter, später verlangsamter Puls.

Morawzcik führt als pathologische Massenreaktion bei einer Truppe, die nach anstrengendem Marsche sofort in einen heftigen Nahkampf geriet, an, daß Offiziere und Mannschaften mit verzerrten Gesichtern, zitternd und unter Konvulsionen zum Hilfsplatz kamen, wo sie sich rasch beruhigten.

Auf das nicht so seltene Vorkommen amnestischer Lücken bei Teilnehmern eines Kampfes weist Herschmann hin. So fehle für besonders hitzige Gefechtsperioden, Sturmangriff, Trommelfeuer, die Erinnerung nachher oft gänzlich und ebenso sei sie auch bei Explosionskatastrophen nur höchst summarisch, wenn nicht ganz fehlend, was im übrigen nicht etwa bloß für die durch das psychische Trauma psychotisch Erkrankten, sondern auch für die gesund gebliebenen Zeugen gelte. Diese Feststellung erscheint mir immerhin beachtenswert, wenn auch eine solche psychogene

Schreck- und sonstige Affektamnesie mit ihrem Ausbleiben der natürlichen assoziativen Angliederung des Neuerlebten an den alten Besitzstand nicht grade etwas Neues bedeutet. Im übrigen darf nicht unerwähnt bleiben, daß die verschiedensten Autoren (Gaupp u. a.) umgekehrt bei Kriegsneurotikern nicht so selten eine recht gute Erinnerung an das angebliche Schreckerlebnis (Granatverschüttung u. dgl.) nachweisen konnten. — Stransky nennt die depressive Erregung die vorherrschende Stimmung bei Rückzügen, die den besonders geeigneten Boden für die Auslösung pathologischer Affekte abgebe.

Für die Beziehungen zwischen Tapferkeit und Neurose dürften vielleicht Schneiders einem Heimatlazarett entstammenden Angaben herangezogen werden, wonach von den mit Kriegsauszeichnungen versehenen Leuten des gesamten Krankenmaterials mindestens die Hälfte speziell unter den nervös Erkrankten zu finden war. Nach Schneider soll übrigens die Zwangsidee, von allen für einen Drückeberger gehalten zu werden unter nervösen Soldaten weit verbreitet sein. Über diese verschiedenartigen Zwangs-und überwertigen Ideen, von denen man nun schon wiederholt gehört hat — auch Friedländer erwähnt das nicht seltene Vorkommen von Zwangsvorstellungen, -gedanken und -handlungen — möchte man eigentlich doch einmal etwas Näheres erfahren. — Neutra scheint bei seinem Versuch, die Soldaten in drei psychologisch differente Gruppen, je nach dem Verhältnis des Selbsterhaltungstriebs zu dem Moralkomplex der militärischen und patriotischen Pflichterfüllung einzuteilen und danach Tapfere, Hysterische und Simulanten zu unterscheiden, zugleich die psychologischen Motivkräfte für die Kriegsneurosen erfassen zu wollen: Bei Gleichgewicht der beiden Komponenten Flucht aus dem qualvollen scheinbar unlöslichen Konflikt in die Hysterie.

Nach Wexbergs Erfahrungen über das Sexualleben im Felde läßt die psychische Einstellung sexuelle Gedanken nicht aufkommen. Gesundheitsschädigungen durch die erzwungene sexuelle Abstinenz kamen bis auf vorübergehende Schwächung der Potenz ihm nie zur Beobachtung. Die verwunderte Bestätigung für diese Tatsache erhielt er von Offizieren, die im Frieden regelmäßigen Sexualverkehr für ein striktes Gebot der Hygiene hielten. Pollutionen sistierten in der Zeit des Bewegungskrieges und traten erst in der Ruhe wieder auf, wie sich auch beim Stellungskrieg mit sexuellen Gelegenheiten wieder das Bedürfnis regte. Schneider erwähnt Spermatorrhöe und Traumbilder grausam sexuellen Inhalts bei Kriegsneurotikern. Mayer stellt Störungen der Funktionen im Gefolge von Verletzungen des Zentralnervensystems zusammen. Er fand eine Reihe rein funktioneller Sexualstörungen bei Kopfstreifschüssen mit psychogenen Folgeerscheinungen, bei Granatkontusionen. Solche rein organischer Natur, meist mit völligen Ausfall aller sexuellen Funktionen kamen bei schweren Erschütterungen wahrscheinlich als Folge von kleinen medullären Herden, insbesondere auch bei Rückenmarkskontusionen vor. Auffallenderweise bildeten sich die Blasenstörungen immer lange vor denen der Sexualfunktionen zurück.

Illusionäre Erscheinungen aus dem Felde finden sich auch dies-

mal wieder verschiedentlich erwähnt. So sah nach Sommer ein Offizier in der Erschöpfung eine Fata morganaähnliche Vision: große Stadt mit Lichtern während des Marsches. Wexberg glaubte ebenso wie andere mit ihm im Zustand der Erschöpfung nach psychischen und physischen Strapazen Infanteriefeuer zu hören, das in Wirklichkeit von einem diesem gar nicht ähnlichen Pferdegetrappel auf einer Holzbrücke herrührte. Auch die Aufklärung des Irrtums befreite nicht von diesem Eindruck. In der Nacht lag W. mit offenen Augen da und sah und hörte unausgesetzt um sich Granaten explodieren. In den nächsten Nächten wiederholte es sich, aber nur noch im Traum. Morawzcik berichtet von Falschauffassungen in der Erregung der gespannten Erwartung (z. B. Falschmeldung, der Feind habe unter Führung zweier Offiziere, die bei vollkommner Finsternis vermeintlich unterschieden wurden, die Stacheldrähte durchschnitten u. ähnl.).

Stransky versucht an der Hand bestimmter Einzelerfahrungen aus den ersten Kriegsmonaten den beim Aufbau der Feldlegenden wirksamen Mechanismus klarzustellen. Es handelt sich gewöhnlich um einen realen Kern, der durch Intervention von Stimmungseinflüssen und Wunschkomplexen mit den daraus hervorgegangenen Vorstellungskreisen eine Verdichtung eingeht und im wesentlichen eine Begriffskontamination darstellt[1]).

Auch subtilere psychologische Untersuchungen sind an Feldzugsteilnehmern vorgenommen worden. Rehm machte Additions- sowie Puls- und Blutdruckmessungen bei frisch aus dem Felde gekommenen Erkrankten, die nach schweren z. T. körperlichen, z. T. psychischen Shockwirkungen ins Lazarett gebracht wurden. Danach handelt es sich um schwere Ermüdung, Leistungsherabsetzung, Willensstörung, Puls- und Blutdruckerhöhung. Die körperlich Geschädigten und konstitutionell Nervösen zeigten die ungünstigsten Resultate. Einer Gruppe mit Neigung zur Erholung stand eine andere mit anscheinend ungünstigen Aussichten gegenüber (über deren klinische Verschiedenheit Rehm leider nichts Näheres mitteilt). — Kehr sucht speziell durch psychologische Aufmerksamkeitsversuche die Beobachtungsbereitschaft bei Soldaten festzustellen, die an den Folgen einer Verschüttung oder einer Schreckwirkung durch Granat- und Minenexplosion oder von Hirnverletzungen litten. Während bei Gesunden mit zuverlässiger und sicherer Arbeitsleistung im Beruf die Reaktionszeit zu Anfang und zu Ende ziemlich gleich ist, zeigte sich bei manchen Verwundeten eine Veränderung im Sinne eines ausgesprochensten Ermüdungsversuchs: auffälliger Anstieg der Reaktionszeitkurven und damit verbunden große mittlere Schwankungsbreite der Reaktionszeiten und große Unregelmäßigkeit der Schwankungen von Versuch zu Versuch. Besonders charakteristisch war die Kurve bei einem Psychopathen mit Folgen von Verschüttung und Fällen von Schreckwirkung. Gehirnverletzte dagegen zeigten viel weniger Ermüdungserscheinungen im Verlauf der Kurven, wohl aber große und unregelmäßige Schwankungen der Reaktionsdauer von Versuch zu Versuch. Kehr verspricht sich von

---

[1]) Aus dem sachlich gehaltenen Kriegstagebuch des Münchener Literarhistorikers Kutscher (München 1915) kann man übrigens ersehen, was alles an Gerüchten auch an der Front Verbreitung und Glauben findet.

solchen Untersuchungen sowohl wissenschaftlichen Gewinn für die Erkennung des organischen oder psychogenen Charakters eines Zustandes wie auch praktischen Nutzen für alle die Fälle, wo wie bei der Berufsberatung oder Rentenabfindung die psychologische Eigenart des Kriegsbeschädigten mit in Rechnung zu setzen ist. Stockmayer zeigt an Kurven von Kriegsneurotikern (Hysterien), daß sich die gefühlsbetonten Momente (Komplexe) der verschiedenen Kriegseindrücke und ihrer seelisch verarbeiteten Folgeerscheinungen auch im Assoziationsexperiment durch verlängerte Reaktionszeit, Reproduktionsstörungen, charakteristische sprachliche Reaktion, verlängerte psychogalvanische Ausschläge sowie das Auftreten sog. Komplexkurven im Verlauf der allgemeinen galvanischen Kurve deutlich bemerkbar machen. Daß Engelens eine in Mitteln wie Zielen ähnliche systematische psychologische Durchprüfung der Kriegsneurosen in größeren Stile und mit weitgehendem Optimismus versucht, war schon in früheren Berichten erwähnt. Ohne den klinischen und praktischen Wert solcher Experimente herabsetzen zu wollen, scheint mir doch der Jaspersche Hinweis auf die Überschätzung gewisser Methoden, weil irgendeine experimentell aussehende Maßnahme mitgewirkt hat, auch in diesem Zusammenhange beachtlich.

Im Gegensatz zu diesen psychologischen Prüfungen bei Kriegsbeschädigten ist von solchen Versuchen zur Feststellung der Kriegsbrauchbarkeit — der allgemeinen oder der besonderen Eignung für gewisse Spezialformen der Kriegsbetätigung — in der deutschen Literatur bisher nicht die Rede. Dagegen scheint man in Frankreich psychologische Experimente im Sinne der Psychotechnik für praktische Kriegszwecke zu verwerten. Nach Berichten aus der Pariser Presse müssen sich die Kampfflieger vor ihrer Aufnahme unter anderem einer Prüfung ihrer psychomotorischen Reaktionszeiten zur Feststellung des notwendigen Grades von Beobachtungsfähigkeit und Geistesgegenwart unterwerfen. Neben dem Mindestmaß der Reaktionszeit sollen auch die Schreckwirkungen auf Zirkulation und Atmung und insbesondere auch die Schnelligkeit der Erholungsfähigkeit dieser schreckbeeinträchtigten Funktionen experimentell geprüft werden. Ausgezeichnete Flieger sollen bei allen diesen Prüfungen die weitaus besten zahlenmäßigen Resultate liefern, diejenigen hingegen, die während der Ausbildungszeit einen Schreck oder sonstigen Unfall erlitten wie überhaupt die Flieger mit „Asthénie des Aviateurs“ ein für allemal diese psychischen Grundeigenschaften und damit ihre psychische Eignung für diesen Beruf verloren haben[1]). Ähnliche Untersuchungen scheint man nach Mitteilungen von Kathariner in Frankreich auch für die Einstellung bei der besonderen Waffengattung der „soldats mitrailleurs“ vorzunehmen, für deren Brauchbarkeit außerdem noch die gleichfalls experimentell geprüfte motorische Ermüdbarkeit und Bewegungssuggestibilität von Bedeutung ist. Camus und Nepper stellten übrigens

---

[1]) Friedländer erwähnt übrigens eine durch plötzliches Versagen der nervösen Energie mit jeweils unvermittelt auftretendem Verlust des Gleichgewichtsgefühls gekennzeichnete „Fliegerkrankheit“, die primär die Flieger befällt.

— was wohl nicht mehr ganz neu ist — Verlängerung der Reaktionszeit durch Alkohol und Nicotin, Verkürzung durch Coffein sowie niedrige Reaktionszeit bei mischrassigen Indiern fest. Lahy sieht in der raschen Rückkehr von Atmung und Zirkulation zur Norm, in der „funktionellen Elastizität" ein verwertbares Maß für die Kaltblütigkeit.

In diesen Zusammenhang gehören in gewissem Sinne auch Kraepelins experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung der Schießleistungen durch Alkohol[1]). Bei den in großem Maßstabe und mit äußerster Sorgfalt durchgeführten Schießversuchen zeigte sich durchschnittlich eine Verschlechterung der Schießleistung um etwa 3%, am deutlichsten ungefähr eine halbe Stunde nach Einnahme der verhältnismäßig geringen Alkoholgabe (40 g = etwa 1 l Bier). Öfter trat am Anfang eine allerdings nicht erhebliche Zunahme der Treffsicherheit ein, vielleicht wegen der Beseitigung der inneren Spannung durch den Alkohol. Die überwiegende Mehrzahl der Schützen schoß jedenfalls bedeutend schlechter, vielfach um 8, 9, 10 und selbst 12%. Dabei kam ihnen diese Verschlechterung der Treffsicherheit durchaus nicht zum Bewußtsein, eine Reihe glaubte sogar im groben Gegensatz zu den Tatsachen besser zu schießen als ohne Alkohol. Kraepelin weist schließlich noch auf die für Kriegsverhältnisse bedeutsame Wahrscheinlichkeit hin, daß diese Alkoholwirkungen unter ungünstigen Bedingungen, bei nervösen überanstrengten, durch Schlafentziehung und mangelhafte Ernährung heruntergekommenen gemütlich erregten Personen, wohl noch bedeutend stärker ausfallen dürften.

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Nach den amtlichen Veröffentlichungen über den allgemeinen Gesundheitszustand des Heeres im zweiten Kriegsjahr ist die naheliegende Befürchtung, die lange Dauer der Kriegsstrapazen und Kämpfe sowie eine vielleicht geringere Güte der Ersatzmannschaften könnte sich in einer Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse im zweiten Kriegsjahr bemerkbar machen, nicht eingetreten, der Gesundheitszustand des Feldheers hat sich vielmehr noch weiter gehoben. Speziell für die hier interessierenden Nervenkrankheiten betrug der Jahreszugang 21,5‰ im zweiten Kriegsjahr gegenüber 24,3‰ im ersten. Zahlen, die freilich bezüglich der psychisch-nervösen Störungen noch keinen sicheren Schluß zulassen. Bemerkenswert ist übrigens noch der besondere Hinweis, daß die geradezu überraschende Abnahme speziell auch der Nervenkrankheiten gegen die Annahme spreche, daß der lange, anstrengende Krieg die Feldtruppen doch nachhaltig in ihrer körperlichen und geistigen Kraft und Leistung schädigen müsse, sowie die weitere Feststellung, daß der Krieg eher gesund wie krank mache[2]). Damit stehen gewisse allgemeine klinische Erfahrungen

---

[1]) Bezüglich der psychologischen Vorgänge beim Schießen im allgemeinen sei übrigens auf die Arbeit von Meyer (Archiv f. d. ges. Psych. 1911) hingewiesen.

[2]) Eine ähnliche Herabminderung der Krankheitszugänge ist übrigens auch bei den Seestreitkräften festgestellt: 11,8‰ im ersten Kriegsjahr gegen 10,1‰ im zweiten. („Über den Gesundheitszustand unserer Flotte." Deutsche med. Woehenschr. 1917, Nr. 7.)

Bäumlers[1]) über die militärische Resistenz- und Anpassungskraft im Einklang: „Was wir in den Lazaretten auch an Leuten aus den älteren Jahrgängen der zum Feld- oder sonstigen Dienst Eingestellten an Widerstandskraft gegen die verschiedenartigsten Schädigungen der Gesundheit und an Ausgleichsmöglichkeiten, über die der Organismus verfügt, oft mit Staunen beobachten können, gibt Zeugnis von der Lebenskraft unseres Volkes, die wir vor allem dem Umstand verdanken, daß wir kein vorwiegender Industriestaat geworden sind."

Auch E. Meyer, der an sich eine Mehrbelastung des Nervensystems durch den Krieg anerkennt, muß eine Abnutzung desselben durch den Kriegsdienst als bisher in keiner Weise bewiesen erklären, und in ähnlichem Sinne schließt Bonhöffer aus einem Gesamtüberblick über die Kriegserfahrungen auf eine große Widerstandsfähigkeit des gesunden Gehirns einerseits und auf die Unerheblichkeit der beiden hauptsächlichsten Kriegsnoxen, Erschöpfung und Emotion, für die Entwicklung speziell psychotischer Störungen andrerseits.

Hinsichtlich der ätiologischen Bedeutung der äußeren Schädlichkeiten insbesondere auf psychiatrischem Gebiete macht sich überhaupt im Gegensatz zu ihrer weitgehenden Anerkennung in der ersten Kriegszeit allmählich eine stärkere Zurückhaltung bemerkbar. Sie findet ihren prägnantesten Ausdruck wohl in dem Bonhöfferschen Referat auf der Kriegstagung des deutschen Vereins für Psychiatrie in München, in dem speziell eben jene beiden Hauptkriegsnoxen, Erschöpfung und Emotion, auf ihre pathogenetische Bedeutung hin geprüft und zu leicht befunden wurden, ohne daß dem im großen ganzen durch Entgegenhaltung andersartiger Erfahrungen oder Anschauungen wesentlich widersprochen wurde. Eine bloße Dispositionserzeugung im Sinne einer psychopathischen Konstitution bei Gesunden durch diese Faktoren läßt Bonhöffer gelten. Im übrigen laufen seine Gesamtkriegsergebnisse soweit sie allgemein pathologisch in Betracht kommen — gewisse Spezialresultate werden noch bei den psychogenen und Erschöpfungsstörungen zur Sprache kommen — im wesentlichen, wie gesagt, darauf hinaus, daß die gemütlichen Erschütterungen ebenso wie die Erschöpfung einen irgendwie erheblichen Einfluß auf die Entwicklung eigentlicher Geisteskrankheiten (insbesondere schizophrener, paranoischer und paranoider, manisch-depressiver usw.) nicht haben. Diese Feststellungen treten somit gewissen anderen auch in der Kriegspsychiatrie vertretenen, doch wohl mehr theoretisch abgeleiteten als durch unmittelbare Beobachtung gewonnenen Anschauungen entgegen, daß Noxen von solcher Intensität, Häufung und Dauer wie die des Krieges das Nervensystem nicht intakt lassen können[2]), daß sie vor allem gewisse als Aufbrauchskrankheiten

---

[1]) 52. ordentl. Sitzung der Freiburger medizin. Gesellschaft v. 21. Nov. 1915. (Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 4.)

[2]) „Es ist für mich etwas Unfaßliches, wie neurologisch-psychiatrisch geschulte Ärzte den Effekt der gewaltigen psychischen Traumata des Krieges so gering schätzen können, daß sie annehmen, er bestehe nur in einem flüchtigen Eindruck auf das Nervensystem." (Oppenheim.)

gedeutete Störungen, etwa die Schizophrenie oder Paralyse, beeinflussen, müssen u. dgl. mehr [vgl. z. B. manche Einzelheiten bei Baller[1])].

Das Ergebnis solcher Feststellungen, selbst wenn sie mehr negativen Charakter haben, ist nicht zu unterschätzen. Wenn man sieht, was alles in der allgemeinen Pathologie der Psychosen noch jetzt als ätiologisches Moment Geltung hat, so muß man es schon als klinischen Gewinn buchen, wenn überhaupt erst einmal auf Grund systematischer Untersuchungen eine Eindämmung vorgenommen wird, und jeder, der mit der Annahme solcher Kausalzusammenhänge auftritt, wenigstens fortan gezwungen ist, auch den Beweis dafür mitzubringen.

Dieser ätiologischen Geringschätzung der äußeren Noxen in der psychiatrisch-neurologischen Kriegspathologie geht ziemlich parallel eine entsprechend verstärkte Einschätzung des endogenen Moments. Hier ist nun ganz gewiß ein wunder Punkt. Oppenheim hat vor allem die Hand darauf gelegt, indem er sich gegen die zum Teil enorm weitgehende Deutung der psychoneurotischen Kriegsstörungen als psychopathischer Reaktionen wendet. Die Sache ist von so prinzipieller Bedeutung, zumal ihre einseitige Entwicklung auch bedenkliche praktische Folgen zeitigt, daß sich ohne weiteres ein näheres Eingehen rechtfertigt. Selbstverständlich hat der Begriff der psychopathischen Reaktion, um den es sich hierbei nicht zum wenigsten dreht, nur dann einen klinischen Wert, wenn er eine engere Fassung und damit eine unmittelbare Beziehung zu einem bestimmten klinischen Typus hat. In diesem Sinne kann man darunter, psychiatrischem Herkommen gemäß, die psychisch ausgelösten Manifestationen eines bestimmten klinischen Grundzustandes, nämlich einer psychopathischen Konstitution verstehen. Meint man damit einfach ganz allgemein alle pathologische Nervenreaktionen auf äußere Reize (etwa in dem Sinne wie Laudenheimer in den Neurosen abnorme Reaktionen des Nervensystems sieht), so wird diese Auffassung zwar zu keinerlei Widersprüchen und Auseinandersetzungen, aber auch zu keinen klinischen Ergebnissen führen. Diesen Standpunkt nun, daß die kriegsneurotischen Störungen nur psychisch ausgewirkte Manifestationen einer psychopathischen Artung darstellen, scheint mir am weitgehendsten — auch hinsichtlich der praktischen Konsequenzen (s. später Dienstbeschädigungsfragen) — Stier, ähnlich wohl auch Forster zu vertreten. Andere Autoren lassen doch immerhin mehr oder weniger Ausnahmen gelten und heben damit die Frage aus dem Bereich der prinzipiellen Wesensverschiedenheiten in das der bloßen Gradunterschiede.

---

[1]) Mit diesen Kausalzusammenhängen unter Vermittlung hypothetischer Faktoren ist es übrigens eine eigene Sache. Wer in der Schizophrenie eine Störung endokrinen Ursprungs oder in der Paralyse eine solche infolge Abnutzung sieht, wird deduktiv mit Notwendigkeit dahin geführt, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den Kriegsstrapazen und diesen Geistesstörungen anzuerkennen, da nach allgemeiner Erfahrung Erschöpfung und seelische Erschütterung im Sinne der Abnutzung wie auch der Beeinträchtigung der inneren Sekretion wirksam sind. Wem sich induktiv aus den Kriegserfahrungen ein solcher Zusammenhang nicht ergibt, ist umgekehrt zu dem Rückschluß gezwungen, daß eben eine endokrine Störung bei dieser, eine Abnutzungsgrundlage bei jener Psychose nicht vorliege.

Der von Stier vertretene Standpunkt kann nun zunächst „aprioristisch“ gewonnen sein: Aus der Tatsache der traumatischen Entwicklung der neurotischen Störungen an sich wird schon ohne weiteres auf das Bestehen einer psychopathischen Konstitution geschlossen, wogegen sich mit dem Hinweis auf eine petitio principii Levy-Suhl, mit dem Vorwurf, die Existenz werde als Beweis der Präexistenz genommen, Oppenheim wendet. Jedenfalls gibt hierbei nicht sowohl das Kriegsmaterial die Grundlage für neue Erfahrungen ab, sondern es werden bestenfalls nur anderweitig abgeleitete Schlußfolgerungen auf dieses Material übertragen. Dagegen ließe sich wissenschaftlich nichts Prinzipielles sagen, sofern eben Erfahrungen an analogem Material der Friedenspraxis zu solchen Ergebnissen zwingend geführt hätten. Da kommen nun in der Hauptsache zwei Gruppen in Betracht: einmal die Unfallneurotiker, deren Anerkennung als durchweg konstitutionelle Psychopathen ganz gewiß keine allgemeine ist, sodann die haftpsychotischen Zustände, die allerdings so weitgehend auf konstitutionell psychopathischem Boden entstehen, daß gerade deren Untersuchung mich seinerzeit dahin gebracht hat, die psychotische Reaktion auf psychische Einwirkungen als einen Beweis degenerativer Veranlagung hinzustellen. Nun handelt es sich aber bei den haftpsychotisch Erkrankten aus naheliegenden Gründen um ein konstitutionell ungemein minderwertiges Menschenmaterial, das schon deswegen nicht so ohne weiteres die Analogie mit dem psychosomatisch ungleich hochwertigeren der Kriegsteilnehmer gestattet, und im übrigen muß man auch hier, wie mich weitere Erfahrungen zugleich mit strengeren Anforderungen an diesen Nachweis einer degenerativen Veranlagung gelehrt haben, auch andere disponierende Faktoren für das Auftreten psychogener Störungen als die konstitutionell psychopathischen gelten lassen.

Des weiteren bestände die Möglichkeit, den Stierschen Standpunkt aus gewissen allgemeinen pathologischen Erwägungen abzuleiten. Oppenheim führt in dieser Hinsicht speziell Gaupp an, der übrigens keineswegs den extremsten Standpunkt vertritt: Die Tatsache allein, daß diese Kriegsneurotiker unter Umständen erkrankten, unter denen ihre in objektiv gleicher Lage befindlichen Kameraden gesund blieben, beweise doch, meint Gaupp, daß die Bedingungen ihres Erkrankens in erster Linie in ihnen selbst lagen, und er kommt damit unter Zurückweisung des konstellativen Faktors als ausreichendem ätiologischen Moment auf psychopathische Reaktionen, auf eine relativ zu starke Belastung hinaus. Allgemein pathologischen Auffassungen dieser Art, soweit sie damit zugleich eine vorweg bestehende psychopathische Basis annehmen, hat nun Oppenheim entgegengehalten, daß die vorhandene Disposition durchaus noch keine psychopathische zu sein brauche, daß vielmehr neben der psychopathischen Diathese und Reaktionsweise noch eine individuelle Krankheitsbereitschaft und Reaktionsweise in Betracht komme, was wohl auseinanderzuhalten sei. Damit hat Oppenheim ganz gewiß recht, und man braucht eigentlich nur an die Disposition zu gewissen Infektionskrankheiten zu denken, um den allgemeinen Standpunkt abzulehnen, daß einer Krankheitsdisposition der von ihnen befallenen Auslese stets eine pathologische Konstitution zu-

grunde liegen müsse. Die Tatsache, daß nur ein Teil der unter schweren Kriegsnoxen Stehenden neuro-psychotisch erkrankt, berechtigt m. E. zunächst — d. h. also vor jeder speziellen Prüfung — doch wohl nur zu dem Schlusse, das für deren Entwicklung außer den betreffenden Kriegsschädlichkeiten noch weitere ätiologische Hilfsmomente notwendig sind, deren Natur im jeweiligen Einzelfall noch festzustellen ist. Im übrigen könnte man den Autoren, die in einseitiger Weise nur die psychopathische Konstitution als entscheidende Grundlage dieser psychoneurotischen Kriegsstörungen gelten lassen, umgekehrt ebensogut entgegengehalten, daß dann eigentlich doch zu erwarten wäre, daß diese Disponierten allenthalben unter den Kriegseinflüssen erkrankten, während in Wirklichkeit vielfach das Ausbleiben psychopathischer Reaktionen bei solchen Disponierten von den verschiedendsten Seiten hervorgehoben werden mußte. Oder anders gefaßt: Liegt tatsächlich und allein das ganze ätiologische Schwergewicht bei diesen Störungen in der psychopathischen Konstitution, dann müßte eigentlich eine Gegenprobe unter den Gesundgebliebenen überhaupt keine pathologisch Veranlagten mehr auffinden lassen, was gewiß nicht den objektiven Verhältnissen entspricht.

Damit ist man nunmehr bei den Momenten angelangt, bei denen schließlich die letzte Entscheidung über diese Streitpunkte zu liegen hat, bei den Tatsachen selbst. Da stehen nun den Feststellungen, die die nachweisliche Häufigkeit konstitutionell Psychopathischer unter den Kriegsneurotikern betonen, andere gegenüber, die auf Grund ihrer Erfahrungen die Hysteriefähigkeit, resp. Kriegsneurosefähigkeit jedes Feldzugsteilnehmers mit Entschiedenheit vertreten (Hoche, Nonne, Oppenheim und viele andere). Dies lediglich auf Unzulänglichkeiten des Materials oder der Materialverarbeitung, auf wissenschaftliche Voreingenommenheit u. dgl. zurückzuführen. geht doch wohl nicht an, und daß im übrigen erbliche Belastung, psychisch-nervöse Kindheitszüge u. dgl. sich in einem viel zu hohen Prozentsatz bei nachweislich Gesunden findet, um zum zwingenden Beweis psychopathischer Konstitution auszureichen, bedarf hier wohl kaum der Erwähnung. Vor allem aber lassen sich Belege für das Fehlen einer konstitutionell psychopathischen Grundlage aus den verschiedensten kasuistischen Zusammenstellungen, sowohl solchen, die speziell die Klärung dieser Frage im Auge haben, wie auch anderen, zur Genüge erbringen. Ich greife — unum ex multis — heraus, was Rosenfeld über sein Material an funktionellen Extremitätenlähmungen sagt: „In keinem meiner Fälle war eine neuropathische oder psychopathische Disposition nachweisbar. Es ließen sich gar keine Anhaltspunkte dafür finden, daß angeborene oder erworbene neurasthenische oder hysterische Reaktionen bereits früher bestanden hatten. Für eine latente Disposition sprach höchstens der Umstand, daß mehrere dieser Leute mit funktionellen Lähmungen eine sehr zarte und etwas weichliche Konstitution aufwiesen. So stellt also die neuropathische Disposition keine wesentliche Vorbedingung für das Auftreten dieser Lähmungszustände dar."

Und so erkennen denn viele von den Autoren, und zwar auch solche die speziell von psychopathischen Reaktionen reden, an, daß die Krank-

heitsdisposition für diese psychoneurotischen Störungen durchaus nicht notwendig in einer psychopathischen Veranlagung gegeben sein muß, sondern daß eine solche auch durch die verschiedensten äußeren Momente gegeben bzw. erworben sein kann. So nennt E. Meyer unter den Krankheitsanlagen, die er bei 69% der Soldaten mit pathologischen Reaktionen auf psychopathischer Basis nachweisbar fand, auch körperliche Schwäche, Organstörungen, kurz alles, was die Widerstandskraft des Organismus herabsetzte, so führt Bonhöffer psychopathische Reaktionen auf einem durch Erschöpfung oder Emotion erzeugten Boden stärkerer seelischer Disharmonisierung an und hebt ausdrücklich hervor, daß derartige psychisch-nervöse Störungen der verschiedensten Art: pathologische Räusche, plötzliches Fortlaufen, Affektkrisen, Dämmerzustände usw. während des Krieges auch bei bis dahin Gesunden vorgekommen sind.

Auch daß Wetzel bei seinen psychogenen Shockpsychosen im Felde als Voraussetzung zwar ebenso wie für die Friedenspsychosen eine abnorme psychische Konstitution hinstellt, dabei aber zugesteht, daß im Gegensatz zu den Haftpsychosen im ganzen wenig von angeborenen schweren abnormen Dispositionen zu finden war, scheint mir eine in gleicher Richtung liegende Feststellung zu bedeuten. (Wenn übrigens Uhlmann aus gewissen Zahlenverhältnissen über erbliche Belastung bei den Kriegserkrankungen — er fand 11,5% bei den Neuropsychosen, 26,5% bei den Psychosen — nun den Schluß zieht, daß die äußeren Schädigungen des Krieges etwa doppelt so stark wie im Frieden seien, so erscheint mir damit das pathogenetische Verhältnis zwischen endogenen und exogenen Faktoren, auf solche primitive Proportionen gebracht, doch gar zu einfach aufgefaßt.)

Alles in allem dürfte danach wohl folgendes als berechtigter Niederschlag der Kriegserfahrungen hinzustellen sein: Es ist nach wie vor zuzugeben, daß der Hauptanteil an den psychisch-nervösen Kriegserkrankungen auf die psychoneurotisch Veranlagten fällt, die auch bei unterdurchschnittlichen Schädlichkeiten zu Erkrankungen neigen. Auf der anderen Seite sind aber die Fälle, wo eine vorher nicht krankhafte Persönlichkeit unter dem Einfluß der überstarken Kriegsnoxen — und zwar zumeist unter gleichzeitiger Mitwirkung dispositioneller Hilfsmomente — erkrankt, noch zahlreich genug, um nicht als unbeachtliche Ausnahmen übergangen zu werden, sondern eine selbständige Berücksichtigung in der pathogenetischen Auffassung der Kriegsneurosen zu erfordern. Daß als prädisponierend in diesem Sinne so ziemlich alles gelten darf, was an psychischen und materiellen Noxen das neuropsychische Gleichgewicht und die Nervenstabilität passager oder dauernd zu stören und zu schwächen vermag, habe ich bereits früher hervorgehoben[1]) und an anderer Stelle außerdem auseinander gesetzt, daß mit dieser Feststellung des Vorkommens analoger Störungen sowohl als Ausdruck und Manifestation endogen-pathologischer Artung wie als Folge lediglich exogener Schädi-

[1]) Berichte, dritte Zusammenstellung. Diese Zeitschrift, Ref. **12**, 331.

gungen, sich neue klinische Probleme bezüglich des Verhältnisses zwischen exogen und endogen ergeben[1]).

Nach Lückerath zeichnete sich die „Militärpsychiatrie" in den ersten Kriegsmonaten durch die Intensität der Erscheinungen aus: außerordentlich heftige Tobsuchten, Verwirrtheits- und Angstzustände. Das gleiche war auch bei den Zivilaufnahmen der Fall. In den späteren Zeiten war der Verlauf wieder wie in Friedenszeiten, und nur nach heftigen Kämpfen häuften sich von neuem die stürmischen Erscheinungen. Im allgemeinen verliefen die Psychosen sogar milder als im Frieden, anscheinend infolge der schnelleren Entfernung der Erkrankten aus der Truppe. Levy-Suhl glaubt nach den Erfahrungen in einem westlichen Frontlazarett, im allgemeinen ein ruhigeres Verhalten bei den geistig erkrankten Soldaten feststellen zu können, was er — ähnlich wie Seige — mit der in Fleisch und Blut übergegangenen Subordinationsfähigkeit in Verbindung bringt. Uhlmann meint, die Kriegspsychosen erschienen schwerer als die der Zivilisten, weil die auch bei Gesunden hervorgerufene Spannung im neuropsychischen System bei Entladungen eine bedeutend stärkere äußere Reaktion hervorriefe, und alles daher mehr ins Extreme ginge. Die ganze Frage der Steigerung von Krankheitserscheinungen durch gesteigerte körperliche und psychische Anforderungen und Beanspruchungen oder innere Spannungen scheint mir vorläufig noch nicht spruchreif und auch durch die Tatsachen selbst wohl doch noch nicht sicher genug erwiesen.

Unter Lückeraths Soldatenmaterial — von denen übrigens etwa doppelt soviel im Felde bzw. hinter der Front im Feindesland erkrankt waren, wie in der Heimat — litt der größte Teil an Dementia praecox, dann folgt Hysterie, Alkoholismus, Depressionszustände, Epilepsie. Verhältnismäßig groß war die Zahl der Imbezillen aus der Heimat. Bemerkenswert sind einige Fälle von Delirium acutum ebenfalls aus der Heimat. Unter Uhlmanns recht erheblichem Material von Kriegspsychosen fanden sich etwa $^1/_5$ Schizophrenien, $^1/_{10}$ Manisch-depressiv-Psychosen (!), und ziemlich $^1/_{20}$ Erschöpfungspsychosen, wiewohl Uhlmann mit dieser Diagnose zurückhaltend sein will. Paralysen waren erheblich geringer vertreten, als diese Erschöpfungspsychosen[2]).

Die große Anzahl von Melancholien bei seinen sehr umfangreichen Beobachtungen meist direkt von der Front in die psychiatrische Abteilung eines Reservespitals Überwiesenen betont Tausk. „Akute Amentia" hatte sich in der Mehrzahl der Fälle an Explosionskatastrophen angeschlossen.

Ballers Berichte aus der Geisteskrankenstation eines Festungslazaretts gewinnen an Interesse durch den Vergleich mit den auf anscheinend ähnlichem Material basierenden Zusammenstellungen Weierts[3]) aus den

[1]) Birnbaum, „Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet." Demnächst in Monatsschr. f. Neur. u. Psych.

[2]) Die Verhältniszahlen sind — absolute können nicht mehr gegeben werden — nur annähernd berechnet. Im letzten Bericht finden sich, infolge Versehens nach der Durchsicht, einige falsche Zahlenangaben.

[3]) Weiert, „Militärpsychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen" (vgl. 2. Bericht diese Zeitschrift Ref. 12, 8).

Friedensjahren 1911/1912. Während bei den Weiertschen Friedenszahlen Dementia praecox, Entartungsirresein und psychische Entwicklungshemmungen vorherrschen (zusammen 63%), machen sie bei Baller insgesamt nur 34% aus, was B. auf die größere Verdünnung des Materials durch Heranziehung der höheren Lebensklassen zurückführt. Dagegen machen bei Baller Erschöpfungsirresein 13,5% gegenüber 5,5% bei Weiert, Hysterie 8% gegen 4% bei Weiert, Alkoholismus 14% gegen 8,5% bei Weiert, manisch-depressives Irresein 6% gegen 2% bei Weiert aus, Alkoholismus und chronisch-nervöse Erschöpfung haben also bei Baller die meisten Erkrankungen zur Folge gehabt. Die forensischen Fälle ergaben 14%.

Lienau bestätigt für die psychiatrische Abteilung der Ostseestation Kiel im großen ganzen die sonstigen Kriegserfahrungen, erwähnt aber in symptomatologischer Hinsicht das „selbstverständliche Marinekolorit".

Über Kampfgasschädigungen des Nervensystems findet sich bisher noch nichts Wesentliches. Nach Goldstein sind die bei Gasvergiftungen auftretenden Halluzinationen auf Atropininjektionen zurückzuführen. Die Kampfgaserkrankungen sollen, wie Stumpf in Übereinstimmung mit den Berichten anderer hervorhebt, das ausgeprägte Bild eines Shocks ergeben: im Vordergrunde freies Sensorium, Dyspnöe und quälender Husten, voller, gespannter, aber normaler Puls bei schmerzhafter Herzarbeit, zunehmende Cyanose, kühle, bleiche Haut, unfreiwilliger Urinabgang, Glykosurie ohne Albumen. Nach Uylaki wirken die Gift- oder Reizgase der Gasbomben und -granaten reflektorisch auf die Medulla oblongata durch die in der Bronchialschleimhaut verlaufenden autonomen Nerven, wobei vielleicht auch das motorische Zentrum gereizt werde. Je nach der Dauer der Gaswirkung und Beschaffenheit des Herzens seien Shock- und Kollapssymptome zu unterscheiden. Die meisten Symptome wiesen auf eine toxische Vagotonie hin.

Die psychopathologischen Wirkungen des Lazarettmilieus auf die vom Milieu aus stärker beeinflußbaren nervös Erschöpften und sonstig Geschädigten sucht Bonne als besondere Lazarettpsychose zusammenzufassen, deren Hauptkennzeichen er in der Erschlaffung der Willenstätigkeit sieht, und als deren schwerste und häufigste Ursache er die Kenntnis der Diagnose seitens der Kranken und Verwundeten ausspricht. Diese Lazarettpsychose entwickele sich mit Vorliebe aus der „reinen Feldpsychose bei Nichtbelasteten", die nach Bonnes Schilderung wohl im wesentlichen den nervösen Erschöpfungszuständen mit mehr oder weniger psychogenem Einschlag entspricht. Die Willenserschlaffung bei allen diesen „unter dem Bann ihrer Diagnose" Stehenden sei anfangs meist die selbstverständliche Reaktion auf das Leben im Felde, weiterhin aber die Folge eines zu wenig militärischen Tons in vielen Lazaretten, wie auch des langen Nichtstuns. Von dieser „typischen" Form der Lazarettpsychose, die man auch als Lazaretthysterie und Lazaretthypochondrie bezeichnen könne, unterscheide sich scharf die in unserem Heere sehr seltene Rentensucht. Die Drückeberger bildeten eine Art „Pseudolazarettpsychose", die bei längerem Lazarettaufenthalt durch Autosuggestion direkt zu einer Art Angstneurose ausarten könne (!). Sie komme meist nur bei älterem ungedientem Land-

sturm vor. Wirkliche Drückebergerei sei jedenfalls außerordentlich selten. Man wird diese psychologische Kennzeichnung mancher milieubedingter Krankheitszüge gelten lassen können, und insbesondere eine Gegenüberstellung von wirklich im Felde aufgetretenen und erst im Spitalsmilieu entstandenen Erscheinungen für ganz zweckmäßig halten, ohne deshalb das Bedürfnis nach ihrer selbständigen Heraushebung in Form einer besonders bezeichneten Psychose zu fühlen. Knoll hebt übrigens speziell als Folge zu langen Lazarettaufenthalts die Gefahr einer Steigerung des Selbstgefühls als Held auf Kosten des militärischen Geistes hervor. Die eingelieferten Verwundeten teilt er in die psychisch Intakten, die in langdauernden Schlaf verfielen, und die psychisch Erregten mit ihrer mitunter nicht zu behebenden Schlaflosigkeit und der Neigung zu Halluzinationen und ängstlichen Träumen. Diese Differenzen, die er, wenn auch in geringerem Maß auch bei Offizieren beobachtete, dürften wohl im wesentlichen wieder die einfach Übermüdeten von den chronisch Erschöpften trennen.

Jolowicz verlegt die schädlichen Milieueinwirkungen bei Kriegsneurosen schon vor den Lazarettaufenthalt. Nach ihm ist der Abtransport in die Heimat das Ereignis von umstimmender Bedeutung, das bei den in der Heimat an Neurose erkrankten drei Gruppen: den nervösen Erschöpfungszuständen, den unter der Diagnose Verschüttung und Granatexplosionsshock eingelieferten psychisch akut Geschädigten und den Halbsimulanten die Symptome erst manifest mache. Boten denn die Fälle vor dem Heimatstransport keine manifesten Symptome? Liebermeister macht speziell das Absinken des Kriegstonus bei der Überführung in die Heimat, das nach ihm übrigens einen Teil der Erholung ausmacht, für die psychogene Labilität und Ansprechbarkeit der Kriegsneurotiker verantwortlich. Stransky nennt als wirksames Krankheitsmoment bei Abschiebung ins Hinterland die „antizipierende Nostalgie“, der die Frontlust übertäubende unlustvolle Gedanke an den unbestimmt langen Verzicht auf die Heimatfreuden. Er bringt im übrigen auch das Manifestwerden der nervösen Störungen mit dem Schwinden des Kriegstonus in Verbindung: das vorher durch diesen suggestiv unterdrückte Krankheitsgefühl führe nach seinem Schwinden zu dem „inneren Krankheitskonsens“ und oft sozusagen kompensatorisch zu neurotischen Störungen. Da man anscheinend beginnt, den „psychischen Kriegstonus“ als eine feste Größe in die Kriegspsychopathologie einzufügen und mit ihm als etwas charakteristisch Gegebenen beim Mechanismus der Kriegsneurosen zu rechnen, so wäre es doch wohl zweckmäßig, wenn man sich erst einmal auf eine klare Definition dieses wohl von Hoche zuerst herangezogenen Begriffs einigte. Soweit ich bisher sehen kann, meint man vor allem damit jene gehobene, Willenskraft und Energie steigernde, Unlustempfindungen zurückdrängende Dauerstimmung, wie sie sich allenthalben bei erfolgreicher Betätigung im Sinne hochwertiger stark affektbetonter Aufgaben einzustellen pflegt.

Bei der Kriegsneurosen betont Gaupp die fast photographische Übereinstimmung der Erkrankungen des zweiten Kriegsjahres mit den früheren, wobei die militärische Erziehung und Disziplin manche

individuellen Züge verdecke. Kriegsfreiwillige, ungedienter Landsturm und Ersatzreserve liefern nach ihm mehr Neurotiker als aktives Heer, Reserve und Landwehr. Morawscik berechnet nach Kriegsstatistiken von Meyer, Nehmeth, Reuter den Anteil von Reserve und Landsturm an den psychisch-nervösen Erkrankungen auf 60—75%. Ähnlich fand Baller in dem Verhältnis von Gedienten zu Ungedienten bei seinen Kriegspsychosen einen der Kopfstärke des Heeres nicht entsprechenden größeren Prozentsatz der Ungedienten (65 : 35). Etwa der dritte Teil war im Felde gewesen.

Hinsichtlich der Rassendisposition fand Schneider unter den Völkern Österreich-Ungarns bei Magyaren (6%) eine geringe, bei Rumänen (21%) und Tschechen (15%) eine bedeutende Disposition zu nervösen Kriegserkrankungen. Besonders stark war sie bei Juden (40%). Polen und Österreicher standen mit 9% in der Mitte. Die Rumänen zeigten übrigens eine besondere Neigung zu depressiv-apathischen Zuständen. Gaupp fand Stammesdifferenzen insofern, als der ruhige Norddeutsche anscheinend widerstandsfähiger als der erregbare Süddeutsche und Rheinländer erschien, beim Schwaben hypochondrische Züge häufiger als beim Bayern waren und hysterische Bilder am meisten beim Rheinländer auffielen. Tausk sah im Gegensatz zu Laudenheimer Hysterie mindestens so häufig bei Bauern und ungelernten Handwerkern, wie bei Gebildeten. Nach Goldstein sind Truppen, die sich aus Industriekreisen rekrutieren, häufiger von Neurosenepidemien heimgesucht, als die aus der Landbevölkerung stammenden. Die Verschiedenheit der einzelnen Volksklassen gegenüber neurotischen Erkrankungen bestätigt auch Knauer. Gaupp fand monosymptomatische massive Bilder häufiger bei sehr jungen ungebildeten und bei debilen Soldaten, polymorphe und Mischformen mehr bei älteren und gebildeteren. Nach Curschmann sind die naiven groben Äußerungen der Hysterie wie Mutismus, schwere Tremor und Ticformen, Contracturen usw. bei Offizieren auch nach schweren Kriegstraumen nach Granat- und Minenexplosionsshock ganz außerordentlich selten, die Ausnahmen betrafen stets ausgesprochen degenerativ Belastete. Häufig sind dagegen neurasthenische Zustände (insbesondere vasokardiale, Basedowoid u. dgl.). Ähnliches konnte auch Simons feststellen, der bei Offizieren niemals Taubheit oder Blindheit, selten psychogene Lähmungen und Contracturen, meist Pseudoischias und Pseudolumbago sah. Es entspricht dies ungefähr den früher erwähnten Steinerschen Beobachtungen, wonach lokalisierte psychogene Störungen vorwiegend bei Mannschaften, bei Offizieren mehr neurasthenische zu finden wären. Nach Kemnitz sollen die gar nicht seltenen funktionellen Störungen bei Offizieren wegen ihrer unauffälligen Symptome leicht übersehen werden.

Eigentümliche, die wichtigen klinischen Grenzen verwischende Anschauungen über Übergänge von einem Krankheitstypus in einen anderen im Gebiet der Kriegsneurosen und Psychosen entwickeln Fauser und Uhlmann. So soll sich nach Fauser gerade bei den Kriegsneurosen in manchen Fällen ein klinisch deutlich feststellbarer Übergang vom rein psychischen in den somatischen Krankheitstypus nachweisen lassen. Es

gingen z. B. bei Soldaten, die im Anschluß an Granaterschütterungen ohne direkte größere somatische Schädigung an typisch hysterischen Symptomen erkrankt seien, diese teils allmählich ohne Pausen, teils nach einer scheinbar gesunden Periode in den somatisch epileptischen Typus über. Fälle dieser Art gehören, wie Fauser auf Grund des serologischen Befunds annimmt, den dysglandulären Erkrankungen an. Es handle sich um primäre Störungen der Innensekretion, die durch Dauerwirkung die Epilepsie direkt oder indirekt auslösten. Ähnliche klinische Zusammenhänge nimmt Uhlmann für die nicht so seltenen Schizophrenien mit hysterieartigem Beginn nach Trauma (Granatexplosion) an, wo wiederum die innersekretorischen Störungen durch Dauerwirkung schließlich vom hysterischen funktionellen Typus in den schizophrenen „mehr somatischen" Typus überführen. Ob im konkreten Einzelfall das primäre psychogene Krankheitsbild in den epileptischen oder schizophrenen Zustand übergeht, hängt nach Uhlmann offenbar davon ab, welche innersekretorische Funktion sekundär am meisten geschädigt werde. Eine wichtige Stütze für seine Annahme der dysglandulären Genese der traumatischen Schizophrenie sieht Uhlmann darin, daß er ebenso, wie er nach Granaterschütterungen oder anderen Shockwirkungen serologisch gewisse konstante Dysfunktionen, so auch bei Psychosen ähnlicher Genese von diesem Übergangstypus sowohl die Befunde der Schockschädigung wie die für Dementia praecox charakteristischen fand. Sollten diese serologischen Befunde wirklich schon zu solchen schwerwiegenden Schlüssen zwingen, daß unsere bisherigen, immerhin doch nicht ganz unbegründeten Auffassungen von prinzipiell differenten Krankheitstypen, wie Hysterie und Schizophrenie, Hysterie und Epilepsie, über den Haufen geworfen werden müssen?

Bezüglich der Erkrankungen der Zivilbevölkerung sei ganz allgemein erwähnt, daß der Verwaltungsbericht der Armendirektion Charlottenburg für April 1914—1915 zwar das ärztlich häufiger beobachtete Vorkommen von Zeichen von Nervosität, Schlaflosigkeit, Blutarmut bei den Kriegsteilnehmerfrauen für die letzten Monate der Berichtszeit hervorhebt, im übrigen aber die Gesundheitsverhältnisse trotz aller Umwälzungen der Lebensweise durch den Krieg und trotz der Zunahme der Behandlungsziffer als nicht ungünstig anerkennt. Kreuser führt als besondere Wirkungen des Krieges mehrer Fälle von heftiger Erregung und schwerer Verwirrtheit mit allen Zeichen nervöser Erschöpfung bei Kriegerfrauen an, die nach der Einziehung des Mannes stark mit Sorgen, Arbeit und Verantwortung belastet waren. Die Kriegsaufnahmen boten immerhin zu etwa 27% deutliche Beziehungen zu den kriegerischen Ereignissen. Morawzcik erkennt bei diesen Störungen das schon früher hervorgehobene Vorwiegen des depressiven Moments an. Er führt bei disponierten Zivilpersonen neben nervösen Beschwerden, quälenden Zwangsvorstellungen, Kriegstraumbildern, flüchtigen Halluzinationen von Kriegsinhalt u. dgl. auch auf den Krieg bezügliche Wahnideen an, Verdächtigungen der Spionage oder der Simulation mit kriegsgerichtlicher Aburteilung. Bemerkenswert ist der Fall einer Hysteropathin, die bei Kriegsausbruch akut mit Halluzinationen, Illusionen, Eigenbeziehungen, dem Wahn, daß sie als Spion ver-

haftet werden solle u. dgl., erkrankte, im Sanatorium neben Angstgefühlen Mißdeutungen ähnlicher Art entwickelte und schließlich nach Hause flüchtend in wenigen Wochen genas.

Blume schildert eine „Kriegspsychose" bei einer jungen Frau russisch-jüdischer Abstammung, die unmittelbar im Anschluß an die Mobilmachung und den Fortgang des von ihr schwer errungenen Ehemanns mit akuter Verstörtheit, Ratlosigkeit, Angst und Verzweiflung erkrankte, und nach vorübergehender Besserung mehr und mehr ein schwer katatonisches Bild mit allen Einzelheiten (Schmieren, triebhafte Erregung, Bewegungsstereotypien, eintöniges stundenlanges Verbigerieren, höchstgradige Abmagerung usw.) darbot. Auf der Höhe der Erkrankung bei unmittelbar lebensbedrohendem Zustand erfolgte nach unvermitteltem Eintreffen des beurlaubten Ehemanns innerhalb weniger Tage Lösung der Psychose und darauf schnelle Wiederherstellung mit 60 Pfund Gewichtszunahme. Blume spricht die Störung als reaktiv-degenerativen Zustand im Anschluß an schwerste seelische Erschütterungen an, worin ihn Liepmann und Bonhöffer unter Hinweis auf die atypischen degenerativen Psychosen speziell bei der polnisch-jüdischen Bevölkerung beipflichten.

Daß Dietrich bei zahlreichen Mädchen und Frauen eine „Kriegsamenorrhöe" beobachtete, die, rein funktioneller Natur, neben der veränderten Kriegsernährung auch auf psychische Momente zurückzuführen sei, mag im Hinblick auf sonstige, z. T. hier erwähnte gynäkologische Erfahrungen („Kriegsaborte", „Kriegsneugeborene mit motorischer Unruhe" [Kettner], noch hinzugefügt werden.

Neurosen und Psychosen bei Kriegsgefangenen.

Die Veröffentlichungen über psychische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsgefangenen, die anfangs so spärlich flossen, haben sich in letzter Zeit so wesentlich vermehrt und ein so beträchtliches Material verarbeitet, daß nunmehr ein ausreichende, ja bindende klinische Schlußfolgerungen gestattender Überblick möglich ist. Wenn auch ihre Hauptbedeutung nach wie vor in den Beziehungen zur Psychogenese der Kriegsneurosen gelegen ist, so mögen doch die Erfahrungen auf diesem Gebiete hier im Zusammenhang wiedergegeben werden, und neben der Tatsache, daß diese Kriegsgefangenen Kriegsteilnehmer sind, die also mehr oder weniger den Feldzugsschädlichkeiten ausgesetzt waren, mag in gleicher Weise auch die andere Tatsache Berücksichtigung finden, daß sie eben Kriegsgefangene sind, die mehr oder weniger unter dem Druck der Gefangenschaft stehen. Daß diese letztere pathogenetisch nicht immer so gering eingeschätzt wurde, wie es gegenwärtig geschieht, wo ziemlich nur noch von ihrer krankheitshemmenden Wirkung die Rede ist, zeigt schon der Sanitätsbericht von 1870/71 über die Morbidität der in Deutschland kriegsgefangenen Franzosen, der ausdrücklich auf die „deprimierenden geistigen Eindrücke und Affekte welche mit der Gefangenschaft unzertrennlich sind", in ihrer Bedeutung für die Sterblichkeit der Kriegsgefangenen hinweist.

Das weitaus größte Material, das in viele Tausende geht, hat wohl Mörchen verarbeitet. Als allgemeines Ergebnis einer anderthalbjährigen

Tätigkeit an einem großen Kriegsgefangenenlager stellt er fest, daß nur wenig in psychiatrisch-neurologischer Hinsicht interessantes Material zur Beobachtung kam. Zunächst fehlten unter der großen Zahl meist französischer Gefangener, die das Lager als westliches Durchgangslager bis zum Beginn der Verdunkämpfe beherbergte, Neurosen somatischer wie psychischer Art, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit Kriegsbeschädigungen stehen, völlig. Freilich waren diese zum großen Teil ohne vorhergehende schwere Kriegserlebnisse in Gefangenschaft gekommen. Anders die Gefangenen, die später aus den Verdunkämpfen kamen und die er fast alle beobachten konnte. Die Leute, die meist drei Tage nach der Gefangennahme dort ankamen, hatten fast ausnahmslos tagelang unter hochgradigen Entbehrungen in schwerstem Trommelfeuer gelegen, waren zu vielen Hunderten verschüttet gewesen und boten in großer Zahl einseitige, vereinzelt sogar doppelseitige Trommelfellzerreißungen als Ausdruck des erlittenen schweren Granatshocks. Diese unmittelbar aus dem Feuer Gekommenen waren fast alle zunächst körperlich und seelisch erschöpft, schliefen in jeder Stellung usw., hatten aber meist sonst keine subjektiven Beschwerden, nur einige klagten über Kopfschmerzen. Alle waren ziemlich apathisch, äußerlich gleichgültig, aber doch leicht ansprechbar, auch fast ausnahmslos sehr lebhaft, sowie es ans Essenholen ging. Ganz augenscheinlich beherrschte sie trotz der anfänglichen scheinbaren Apathie zumeist ein positives Wohlgefühl des Sich-in-Sicherheit-Wissens. Schon nach wenigen Tagen machten die Erscheinungen geistiger und körperlicher Erschöpfung ihrem natürlichen Wesen Platz.

Was nun die hysterisch traumatischen Störungen angeht, so bestätigt Mörchen zunächst auf Grund von Gefangenenaussagen ihr häufiges Vorkommen bei nicht gefangenen Franzosen, wobei die „individuellen psychischen Reaktionen" im Schützengraben und Unterstand nach Minensprengung, Trommelfeuer usw. sich von den bekannten nicht wesentlich unterschieden (allerdings die bei uns selteneren funktionellen Extremitätencontracturen dort das Gros bildeten). Bemerkenswert ist dabei übrigens noch die Äußerung eines Offiziersstellvertreters, daß diese Reaktionen in Stärke und Dauer wesentlich von der „Moral" der unteren Truppenführer abhingen. Unter den Verdungefangenen fanden sich nun — in Übereinstimmung mit den Erfahrungen früher erwähnter Autoren — ebenso wie übrigens auch in verschiedenen anderen von Mörchen herangezogenen Kriegsgefangenenlagern, nur einige wenige kriegsneurotische Störungen (darunter übrigens auch schlaffe Lähmungen mit Muskelatrophien und dystrophischen Erscheinungen, die ziemlich bald eintraten; ein wochenlang noch in der Gefangenschaft bestehender Dämmerzustand mit Andeutung von Puerilismus nach Verschüttung u. a.). Auf der anderen Seite fehlte es auch nicht an rein körperlichen Schädigungen durch Granatwirkung, bei denen es sich nicht um eine „individuelle psychische Reaktion" handelte. So sollen laut Gefangenangaben eine ganze Anzahl während des Bombardements, der Minensprengungen usw. mehr oder weniger schwere Gehirnerschütterungen erlitten haben, bei einer ganzen Anzahl bestand kurze Bewußtlosigkeit, zum

wenigsten eine Art Betäubung, in denen sie die Gefangennahme nur mit getrübtem Bewußtsein als etwas ihnen ganz Fernes, Gleichgültiges über sich ergehen ließen usw. Andere wieder litten vorübergehend an Zittern, konnten vor Schwäche nicht gehen und stehen, waren teilweise gefühllos. Aber bei allen bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen verloren sich diese Erscheinungen sehr schnell, und schon bei der Ankunft im Durchgangslager, also durchschnittlich drei Tage nach der Gefangennahme, waren solche somatisch-nervöse Störungen sowie die Kommotions- und Kontusionsschädigungen des Bewußtseins augenscheinlich bereits abgelaufen. Selbst in einem Falle anscheinend wirklich schwerer Gehirnerschütterung mit länger dauernder Schwerbesinnlichkeit und Schlafsucht, die vorübergehend von einigen psychogenen Erscheinungen überlagert wurde, kam es trotz einer hysterischen Disposition zu spontaner Ausheilung. Also nicht nur die Dauerfolgen psychisch-nervöser Shockwirkung, sondern auch die Kommotions- und Kontusionsschädigungen waren trotz aller vorausgegangener in diesem Sinne wirksamer Kriegsnoxen an dem riesigen Material des Gefangenenlagers nicht nachzuweisen. Eine Feststellung, die mir auch im Hinblick auf die Prognose der Kommotionsstörungen bemerkenswert erscheint, vorausgesetzt freilich, daß es sich bei den gekennzeichneten Betäubungen u. dgl. tatsächlich um echte Kommotionssymptome gehandelt hat.

Die naheliegende — auch von Oppenheim herangezogene — Erklärung, daß die Zusammengebrochenen eben vor der Gefangennahme von den eigenen Truppen zurücktransportiert wurden, weist Mörchen zurück. Er erkennt vielmehr ebenso wie die sonstigen Autoren den krankkeitshemmenden Einfluß der nach dem Trauma erfolgten Gefangennahme an, welche die Disposition zu sofortiger oder späterer Fixierung der primären Unfallwirkungen — und zwar der neurotischen sowohl wie auch der organischen! — zu hemmen vermag. Im einzelnen hebt er an der Kriegsgefangenschaft als der Fixierung entgegenwirkende Besonderheiten hervor: das Entlastungsempfinden, (von dem er sich übrigens mit Recht bei Friedensschluß einen entsprechenden therapeutischen Erfolg bei den vielen Kriegsnervenschädigungen verspricht) und die Ablenkung durch die neuartige Situation am Anfang und späterhin das Fehlen eines unzweckmäßigen Verhaltens der Umgebung, Fortfall der Untersuchung auf Renten- und Dienstbeschädigungsfeststellung u. ähnl., also vor allem jene Gruppe von Momenten, die durch Wollenbergs Bemerkung, die Kriegsgefangenen seien in bezug auf den Krieg endgültig Abgefundene, gut gekennzeichnet werden.

Ähnlich geartet sind in bezug auf die Tatsachen sowohl wie ihre Erklärung die Angaben Bonhöffers, der im übrigen die allgemein pathogenetische Seite dieser Erfahrungen noch stärker heraushebt. Er sieht darin den Beweis, daß ebensowenig wie mechanische so auch psychische Insulte, schwere Schlachterlebnisse das Fortbestehen der Symptome unterhalten, sondern unterbewußte Wünsche, und er hält es speziell für die Psychopathogenese der Hysterie für bemerkenswert, daß die zahlreichen affektiven Momente des Kriegsgefangenendaseins, Heimweh, Monotonie, Fehlen der

Berufstätigkeit, die abnormen sexuellen Bedingungen offenbar keine stärkere hysterieauslösende Bedeutung haben. Die beiden einzigen von ihm beobachteten schweren Hysteriefälle betrafen Leute, bei denen der Austausch zur Diskussion stand.

Die Erfahrungen anderer Autoren bieten im großen ganzen eigentlich nur Bestätigungen des Gesagten. So die von Nonne aus norddeutschen Gefangenenlagern, so die von Wilmanns aus den Lagern des 14. Armeekorps. Nach ihm fand sich unter der ungeheuren Zahl der zur Internierung in der Schweiz Vorgeschlagenen kaum eine Neurose, und ebenso bei den in der Schweiz internierten Deutschen, dagegen zahllose Neurasthenien, vasomotorische Neurosen u. dgl. Ähnliche Ergebnisse, anscheinend wohl auch das gleiche Gefangenenmaterial betreffend, enthält der Bericht von Lust über die neurologischen Zustände bei den Austauschgefangenen. Von Interesse ist, daß sich darunter auch eine große Anzahl von Zivilgefangenen befand, so daß auch für diese die Seltenheit der „kriegs"-hysterischen Störungen gilt, und daß unter den ausgetauschten deutschen Offizieren und Mannschaften ein großer Teil in den nordafrikanischen Lagern lange Zeit körperlichen und psychischen Insulten schwerster Art ausgesetzt gewesen und trotzdem hysteriefrei geblieben war. Bei einem erneuten Austausch in Konstanz fanden sich allerdings neuerdings einige schwere typische Kriegshysterien, die aber erst nachträglich im Anschluß an die Internierungs- und Austauschfrage entstanden waren. Die Häufigkeit der neurasthenischen Erscheinungen dagegen muß auch Lust zugeben: Neben Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, reizbarer Verstimmung, Überempfindlichkeit gegen Sinneseindrücke, allgemeinem Schwächegefühl waren besonders kardiovasculäre[1]) und gastrointestinale Syndrome an der Tagesordnung. Sie bildeten die eigentliche Gefangenenkrankheit, für die vor allem auch Nicotinabusus und exzessive Masturbation verantwortlich zu machen seien. Diese Kriegsgefangenenerfahrungen beschränken sich natürlich nicht auf deutsche Verhältnisse. Pappenheim sah das gleiche: nur wenige psychogene Störungen (insbesonder funktionelle Überlagerungen organischer Zustände) bei Austauschgefangenen aus österreichisch-ungarischen Gefangenlagern und nur vereinzelte Fälle funktioneller Gangstörungen bei österreichischen Austauschinvaliden.

Nach diesen Feststellungen erübrigen sich weitere Erörterungen. Auf zweierlei möchte ich aber doch kurz hinweisen. Als besonders einleuchtend wird es hingestellt, daß die seltenen Ausnahmen, wo sich bei Kriegsgefangenen hysterische Störungen feststellen ließen, solche Individuen betrafen, bei denen ein Austausch in Frage stand. Ist dieser Zusammenhang berechtigt, dann ist mir erst recht nicht einleuchtend, warum die hysterischen Erscheinungen bei den Kriegs- (und erst recht bei den Zivil-)gefangenen die große Ausnahme bleiben. Die Aussicht auf Austausch besteht doch gewiß für alle Kriegsgefangenen im Falle offenkundiger Kriegsdienstunfähigkeit, wie sie für den Laien ja wohl am augenfälligsten durch die groben hysterischen Funktionsstörungen dargeboten wird, der bewußte oder unbewußte Austauschwunsch darf billigerweise wohl auch im weitesten Umfange bei

[1]) Nach Lilienthal sind auch Herzneurosen bei Kriegsgefangenen selten.

ihnen vorausgesetzt werden, warum tritt dann also der Mechanismus der wunschbedingten hysterischen Fixierung so selten in Tätigkeit? Der Gesundheitswillen im Interesse späterer Rückkehr (Gaupp) dürfte doch wohl kaum stärker als der Austauschwunsch für die Gegenwart sein.

Sodann: das Fehlen der schreckneurotischen Erscheinungen (Zittern, Versagen von Sprache u. Gliedern) bei den frisch aus dem Trommelfeuer Gekommenen wird nicht zum wenigsten auf die schnelle Verdrängung des Schreckemotionskomplexes während der Gefangennahme durch das Bewußtsein, aus der Todesgefahr heraus zu sein, erklärt (so u. a. Bonhöffer, der daneben allerdings auch noch die starke Spannung und Erwartung bezüglich des gänzlich neuen und mit allerlei Mythenbildung umgebenen Zustands der Gefangenschaft als starke psychische Hemmung heranzieht). Nun muß doch aber nach der üblichen, z. T. ja wohl absichtlich verbreiteten Mythenbildung die Gefangennahme für viele feindliche Soldaten eigentlich als neue Lebensgefährdung erscheinen, so daß ein Entlastungsgefühl gar nicht aufkommen kann, sodann aber — und auf Ähnliches hat insbesondere Oppenheim schon hingewiesen — müßte man doch auch bei den aus dem Trommelfeuer hinter die eigene Front in ärztliche Behandlung Gebrachten das gleiche Fehlen aller schreckneurotischen oder im „Beginn der hysterischen Fixierung" stehenden Störungen erwarten, da doch auch bei ihnen mit der Entfernung aus der Front das Entlastungsbewußtsein, das Bewußtsein entschwundener Todesgefahr sich zunächst mit aller Macht geltend machen dürfte. —

Die Erfahrungen über eigentliche Psychosen bei Kriegsgefangenen bieten wenig Charakteristisches. Sie erinnern insofern an die dürftigen Ergebnisse bezüglich der eigentlichen Psychosen bei Kriegsteilnehmern.

Pappenheim erwähnt eine kleine Zahl, die er in etwa $^1/_2$ Jahr bei russischen Gefangenen sah, und die etwa $0{,}5^0/_{00}$ des durchschnittlichen Interniertenstandes ausmachten. Es handelte sich um eine Taboparalyse, einige Katatonien und chronisch paranoide Psychosen mit anscheinend in die Friedenszeit zurückreichendem Beginn. Dazu kamen später noch mehrere Verblödungsprozesse, eine Hypomanie, eine beginnende erregte Paralyse, ein ängstlich negativistischer Zustand unsicherer Diagnose, ein Fall, der anfangs eine Mischung von Simulation und Gansersymptomen darbot und in einen von psychogenen Zügen freien Depressionszustand mit Versündigungsideen überging. Ein Fall mit etwas gereizter ängstlich-ratloser Verstimmung, der durch Halluzinationen von Größencharakter und gelegentliche Vergiftungsideen den Verdacht einer Schizophrenie erweckte, wurde wegen der stark betonten Sehnsucht nach der Familie als psychogene Erkrankung angesprochen, was auch der weitere Verlauf — Heilung mit vollkommener Krankheitseinsicht — bestätigte.

Diesen an sich wenig eigenartigen Fällen stellt Pappenheim einige andere ebenfalls bei Russen beobachtete gegenüber, die er anscheinend in engere Beziehung zur Kriegsgefangenschaft bringt: Zustände von Versonnenheit und Versunkenheit mit dem Bilde von Hemmung und Zerstreutheit, von Depression und gelegentlich von Ängstlichkeit sowie mit Klagen

über heftige Kopfschmerzen. Pappenheim spricht sie als reaktive Depressionen vom Charakter der Heimwehreaktionen an, wie denn bei ihnen der Heimwehkomplex stets im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand. Er fand diese reinen Heimwehreaktionen in Übereinstimmung mit der älteren Literatur nur bei einfachen auf tiefer Bildungsstufe stehenden Menschen ländlicher Abkunft mit engem Horizont. (Vgl. dazu übrigens die früher erwähnten Stelzner chen Beobachtungen von Heimwehlethargie der Bosnier.) Daß auch haftpsychotische Bilder der Kriegsgefangenschaft nicht fremd sind, zeigen zwei weitere Fälle, eine Wunscherfüllungspsychose mit puerilistischen Zügen und phantastischem Vorstellungsinhalt und ein Ganserscher Dämmerzustand. Weiter erwähnt Pappenheim noch einen Fall von Simulation und Arbeitsunlust bei einem jungen Russen, der erst nach einmaliger Faradisation Fragen beantwortete. Auch unter einer größeren Zahl italienischer Gefangener sah Pappenheim übrigens mehrere Psychosen, und zwar paranoide Demenz und psychogene Störungen.

Ungleich größer und klinisch weitreichender sind die Beobachtungen von Spliedt, die den Gefangenenlagern ungefähr einer Provinz entstammen. Es handelt sich in erster Linie um Russen — einschließlich Polen und Juden — daneben noch eine kleine Minderheit von Franzosen, Belgiern, Engländern und Serben. Der weitaus größte Teil der Russen, „Kerntruppen des russischen Heeres", ist ziemlich am Anfang des Kriege nach wenigen Gefechten oder auch ohne solche in Gefangenschaft geraten, so daß also eine lange — bei der Mehrzahl zweijährige — Kriegsgefangenschaft einer nur kurzen Kriegszeit gegenübersteht, und es sich bei etwaigen nicht rein endogenen Psychosen nur um Einwirkungen der Kriegsgefangenschaft, nicht aber um Kriegspsychosen im engeren Sinne handeln kann. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Franzosen, während die Serben erst später gefangengenommen wurden und auch bereits, weil zumeist an den Balkankriegen beteiligt, eine längere Kriegsdienstzeit hinter sich hatten.

Unter der nicht kleinen Zahl geisteskranker Kriegsgefangener, die in den ersten zwei Kriegsjahren eingewiesen wurden, machten die Schizophreniefälle etwa $^2/_3$ aus. In weitem Abstande von ihnen, aber immerhin noch mit etwas größeren Zahlen, folgen progressive Paralyse, manisch-depressive Formen und Epilepsie. Dazu kommen dann noch ein paar seltenere Krankheitsfälle (akute halluzinatorische Verwirrtheit, senile bzw. präsenile Manie, Paranoia, Demenz bei Hirntumor u. a.) Eine Anzahl gerichtlich zur Beobachtung überwiesener Fälle erwiesen sich sämtlich als krank. Bei den Schizophreniefällen standen katatonische Formen im Vordergrund, halluzinatorische waren selten, der Ausgang in Verblödung die Regel. Die Epileptiker hatten durchweg schon vor dem Kriege Anfälle gehabt. Die Paralytiker standen zwischen dem 28. und 38. Jahr. Die senilen und präsenilen Manien betrafen Zivilgefangene. Die affektiven Psychosen waren z. T. reine Manien. Die akuten halluzinatorischen Verwirrtheiten traten nach Gallensteinkolik sowie in der Haft auf. Der Paranoiafall, bei dem Entstehung infolge der Widerwärtigkeiten des Lagerlebens möglich war, überfiel einen russisch-jüdischen im

Lager tätigen Arzt. Die anfangs gegen die eigenen Kollegen gerichteten Beziehungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen wuchsen sich immer mehr zu einem System aus.

In inhaltlicher Beziehung wurden bestimmte Kriegsgefangenschaftskomplexe niemals beobachtet, und wenn auch der Inhalt der Wahnvorstellungen vielfach mit den Eigenheiten des Lagerlebens zusammenhing, so entstammte doch weitaus häufiger die Wahnfärbung dem Kulturzustand des betreffenden Volkes. In manchen Fällen herrschte übrigens die Vorstellung vor, der Krieg sei zu Ende. (Eine Wunschwahnidee, die übrigens bekanntlich ähnlich bei Haftpsychosen gar nicht selten vorkommt.) Bei den Sinnestäuschungen spielten besonders religiöse Vorstellungen hinein.

Der Nationalität nach überwogen — entsprechend der Zusammensetzung der Kriegsgefangenen im allgemeinen — die Russen weitaus unter den Geisteskranken. Polen, Juden, Franzosen und Belgier gaben viel kleinere Zahlen. Bei den Juden handelte es sich fast durchweg um Schizophrenien, die übrigens auffallend schnell verblödeten. Bei den Franzosen traten die affektiven Störungen in den Vordergrund, wie sich überhaupt die Grenze zwischen Temperament und Affektstörung bei ihnen nicht immer leicht ziehen ließ. Bei den Russen bestanden im Hinblick auf den Kulturzustand ähnliche Schwierigkeiten bezüglich der Schwachsinnsdiagnose. Bei ihren Wahnbildungen spielten bezeichnenderweise Teufelserscheinungen eine große Rolle.

Alles in allem kommt Spliedt zu dem Schluß, daß die Kriegsgefangenschaft in der Form, in der sie in Deutschland vollzogen wird, anscheinend keine geistige Schädigung der Gefangenen darstellt und auch nicht imstande ist eine Geistesstörung auszulösen.

Das Spliedtsche Material ist groß genug, um ausreichend sichere Schlüsse über die Besonderheiten der Psychosen bei Kriegsgefangenen zu gestatten. Zunächst einmal unterscheiden sich diese nicht weiter von den Geistesstörungen der freien Bevölkerung zur Friedenszeit. Sodann kommen anscheinend psychogene bzw. hysterische Psychosen unter ihnen ebenso selten vor wie psychogene Neurosen. Auch die von Pappenheim hervorgehobenen reaktiven Heimwehdepressionen scheinen sich unter Spliedts Material nicht zu finden. Des weiteren läßt sich auch eine spezifische Kriegsgefangenschaftspsychose nicht feststellen, und ebensowenig spielt ein besonderer Kriegsgefangenschaftskomplex symptomatologisch eine besondere Rolle. Damit erledigen sich nun die Erwartungen, die ich in den früheren Berichten an diese Psychosen, ihre Eigenart und Symptomatologie im Hinblick auf naheliegende Analogien der Kriegsgefangenschaft mit der Gefängnishaft zu knüpfen für berechtigt hielt. Und wenn nun auch die Spliedtschen Erfahrungen an die lediglich in Deutschland vollzogene Kriegsgefangenschaft gebunden sind — diese gestaltet sich nach der Spliedtschen Darstellung im großen ganzen doch gesundheitlich recht günstig, als Schädlichkeiten erkennt Spliedt nur Heimweh und Sorgen um die Familie auf der einen, Erschöpfungsschädigungen durch fieberhafte Erkrankungen, speziell Flecktyphus, auf der anderen Seite an — so wird man doch wohl aus allgemein pathologischen Erwägungen heraus annehmen

dürfen, daß die Ergebnisse in gesundheitlich weniger günstigen Gefangenschaftsverhältnissen nicht so weitgehend davon abweichen werden, um die prinzipiellen Resultate abzuändern.

Die von Bonhöffer vorwiegend an serbischen Kriegsgefangenen gemachten Beobachtungen über Psychosen beziehen sich auf Individuen, die sämtlich einen schweren Feldzug mitgemacht hatten, so daß bei ihnen also mehr die psychopathologische Bedeutung der Kriegsschädlichkeiten als der Kriegsgefangenschaft zum Ausdruck kommt. Immerhin läßt sich wohl die allgemeine Tatsache der Seltenheit von Psychosen bei diesen Gefangenen sowie die besonders auffallende der seltenen psychopathischen Reaktionen bei den serbischen (wie übrigens auch bei französischen) Gefangenen auch für die Psychopathologie der Kriegsgefangenschaft verwerten, und spricht ähnlich wie das oben erwähnte seltene Vorkommen von psychogen-psychotischen Zuständen überhaupt wiederum gegen eine Wesensgleichheit mit den Verhältnissen der Strafgefangenschaft.

Wenn Allers übrigens auf wiederholte Beobachtungen hinweist, wo die Isolierung durch Unmöglichkeit des sprachlichen Verkehrs psychische Störungen erzeugte und sie genetisch den Gefangenenpsychosen und den Psychosen der Schwerhörigen zurechnet, so scheint mir hier, im Hinblick auf die allgemeinen Erfahrungen bei Kriegsgefangenen wie die aus den Kriegserfahrungen gewonnene Erkenntnis von der relativ geringen ätiologischen Bedeutung psychischer Einflüsse, doch noch Nachprüfung erforderlich.

Die einzelnen Krankheitsformen.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände.

Die immer wieder hervortretenden Unstimmigkeiten und Schwierigkeiten im Neurastheniegebiet, wie sie durch die enge und oft schwer lösbare Verquickung der nervösen Erschöpfungswirkungen mit konstitutionellen und sonstigen in der Person des Erkrankten gelegenen Faktoren gegeben sind, und durch die Neigung vieler Autoren, endogene und exogene Nervosität zusammenzuwerfen und zu identifizieren, noch verstärkt werden, legen die Frage nahe, ob man nicht am besten verfährt, wenn man zunächst einmal alle nervösen Zustände, bei denen Erschöpfungseinflüsse mehr oder weniger mitsprechen, in einer nervösen Erschöpfungsgruppe vereinigt, und dann innerhalb dieser großen und gemischten Gruppe weitere Differenzierungen vornimmt. Man könnte dann, etwa wie Cimbal, Fälle „einfacher“ — besser vielleicht noch „reiner“ — und „komplizierter“ Erschöpfung auseinanderhalten und ebenso vorwiegend konstitutionelle und erworbene Formen trennen. Jedenfalls müßte in jedem Einzelfall darüber Klarheit gegeben werden, welchem Neurasthenietypus er zuzurechnen ist. Diese Nebeneinanderstellung von Hauptgruppen und der Zwang zu differenzieren, würde dann wohl auch klinisch sich fruchtbar erweisen, indem die symptomatologischen Verlaufs- und Ausgangsunterschiede und ihre Beziehungen zu Grad und Art des konstitutionellen Einschlags auf der einen, des Erschöpfungsmoments auf der anderen Seite charakteristischer heraustreten würden.

Im Sinne dieser Gruppierung ließe sich etwa auch die von Rosenfeld gegebene Einteilung seiner Kriegsneurosenfälle verwerten. Seine „einfache nervöse Erschöpfung" — Folge starker Anstrengungen, Fehlen nervöser Antezedenzien, gute Prognose — würde den reinen erworbenen Neurasthenietypus vertreten, während seine anderen Gruppen: einfache nervöse Erschöpfung mit lokalisierten Organbeschwerden, nervöse Erschöpfung mit depressiver Verstimmung, nervöse Erschöpfung bei angeborener Minderwertigkeit und nervöse Erschöpfung mit motorischen Reizerscheinungen, wohl sämtlich den komplizierten Formen zuzurechnen wären. Für die Erschöpfungsfälle mit lokalisierten Organbeschwerden betont Rosenfeld gegenüber den einfachen Fällen speziell die erheblichere Rolle der Veranlagung und die schlechtere Prognose; für die mit depressiver Verstimmung die z. T. reaktive Steigerung der Depression im weiteren Verlauf, die Seltenheit früherer cyclothymer oder manisch-depressiver Phasen sowie die ungünstige Prognose bei Vorwiegen hypochondrischer Züge; für die nervöse Erschöpfung bei angeborener Psychopathie und geistiger Minderwertigkeit das gleichzeitige Bestehen von Verstimmung, Reizbarkeit, Emotivität, Zwangsvorstellungen u. a. m.; für die Fälle von nervöser Erschöpfung mit motorischen Reizerscheinungen (allgemeinem oder auf einzelne Extremitäten beschränktem Tremor) schließlich erkennt Rosenfeld die vorwiegend emotionelle resp. psychogene Entstehungsweise an. Allerdings will es mir scheinen, als ob Rosenfeld manchmal das Gebiet der komplizierten nervösen Erschöpfung auf Kosten anderer (z. B. der psychogenen oder psychopathisch-reaktiven Störungen) unverhältnismäßig vergrößert, so etwa im Falle eines Rekruten, der, bisher zwar nie nervös aber von jeher schwächlicher Konstitution, nie anstrengende Arbeit verrichtet hatte und nun bei seiner Einstellung zur Beobachtung auf seine Dienstfähigkeit überwiesen, nach einem einstündigen Arbeitsversuch in der Schreinerwerkstätte einen heftigen funktionellen Schütteltremor bekam, welcher erst nach einigen Wochen Bettruhe wieder geschwunden war.

Von Interesse ist übrigens die relativ große Menge der einfachen nervösen Erschöpfungen bei Rosenfeld, die bei seinen sehr großen Zahlen von Kriegsneurosen beinahe die Gesamtzahl aller übrigen (also der mit lokalisierten Beschwerden, mit depressiver Verstimmung, mit angeborener Minderwertigkeit und motorischen Reizerscheinungen usw.) erreicht.

Cimbal hebt hervor, daß die chronische Erschöpfung am häufigsten aus der einfachen akuten durch Zusammentreffen mit der angeborenen oder vorgebildeten Nervenschwäche hervorgehe, und nennt als gewöhnliche Zeichen dieser dauernden wie der komplizierten Erschöpfung den starken Gewichtsverlust, Neigung zu Erkältungskrankheiten, Muskelwogen in der Ruhe und nach faradischen Reizen, und das besondere Verhalten der Eingeweide (z. B. stark schwankende, von Körperlage, Mahlzeit usw. abhängige Pulskurve). Nach Gaupp weist speziell die starke Lokalisierung der neurasthenischen Klagen und Schwäche in einzelnen Organsystemen auf eine konstitutionelle Basis hin. Wollenberg betont die psychopathische Grundlage der neurasthenischen Depression. Uhlmann erkennt neben der konstitutionellen und erworbenen noch die traumatische Neurasthenie an, die

sich meist direkt ohne Latenzzeit an das auslösende Trauma anschließe und durch das Übergewicht dieses Traumas resp. der damit verbundenen Beschwerden in allen neurasthenischen Erscheinungen sich auszeichne (ein Charakteristicum, das m. E. eher im Sinne eines psychogenen Untergrunds zu verwerten wäre). Als Ursachen für die erworbene Neurasthenie läßt er auffallenderweise hauptsächlich psychische Momente gelten. Wollenberg scheint, falls ich ihn recht verstehe, auch eine umgrenzte Erschöpfung anzunehmen, insofern er die Schwächung einzelner (psychogen erkrankter) Glieder und Organe durch Überanstrengung, Verwundung und Erkältung als besonders charakteristisch für den disponierenden Einfluß der Ermüdung resp. Erschöpfung für psychogene Störungen bei Gesunden anspricht. Sollten sich diese lokalen Schädigungen wirklich so ohne weiteres mit der allgemeinen nervösen Erschöpfung in Parallele bringen lassen, und sollten nicht im übrigen bei der Lokalisation der psychischen Störung im geschädigten Organ die von diesem ausgehenden psychischen Reize die Hauptrolle spielen?

Weber läßt eine besondere auf psychischem, speziell intellektuellem Gebiete liegende Form der Erschöpfung gelten (geistige Anspannung als Beobachtungsoffizier), wofür er einen allerdings nicht gerade sehr beweiskräftigen Fall von affektepileptischen Anfällen als Beleg bringt. Gaupp spricht von gewissen nach Trommelfeuer oder Sturmangriff auftretenden Erscheinungen (Zittern, Schwäche der Beine, Heulen, Lachen) als Affekterschöpfungssymptomen, eine Kennzeichnung, die manches für sich hat, wenn man an die abnorme emotionelle Labilität, Affektinkontinenz und Neigung zu paradoxer Affektreaktion denkt, die nach langdauernden seelischen Erregungen des Alltagslebens sich einzustellen pflegt.

Im übrigen sind die mannigfachen, an die Kriegsneurasthenie geknüpften klinischen Fragen, insbesondere die nach der ätiologischen Beziehung zwischen mechanischem Trauma sowie akutem Affekt und nervöser Erschöpfung noch umstritten. Oppenheim bestreitet ausdrücklich — allerdings ohne sich näher darüber auszulassen — die allgemeine Berechtigung, den Begriff der Neurasthenie mit dem der Erschöpfungsätiologie zu verankern. Gaupp erkennt die angeführten beiden Zusammenhänge nicht an und läßt, ähnlich wie von mir in dem letzten Bericht gekennzeichnet, nur eine stärkere Manifestierung der Erscheinungen bei bereits Erschöpften (ebenso wie bei endogen Nervösen und Psychopathen) durch ein einmaliges Trauma zu. Mann scheint mir den Anteil des Traumas höher zu veranschlagen, indem er darauf hinweist, daß bei solchen traumatischen Neurasthenien die oft ungewöhnlich großen und andauernden Erschöpfungen, Strapazen usw. immerhin an sich doch nicht genügten, die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen.

Bonhöffer weist bezüglich des Erschöpfungsbegriffs auf den damit eng verquickten emotionellen Faktor hin und hält eine Trennung von Übermüdung und Erschöpfung, bei der es nur auf die verschiedene Schnelligkeit des Ausgleichs ankomme, nach den Kriegserfahrungen nicht für durchführbar. Hinsichtlich des Wesens der Erschöpfung legt er mit

Brugsch besonderen Wert auf den Zusammenhang mit Störungen der endokrinen Drüsenfunktionen.

In symptomatologischer Beziehung hebt er nach umfassenden Beobachtungen an serbischen Kriegsgefangenen, die sich bei der Gefangennahme durchweg in schwerstem Erschöpfungszustande befanden, am somatischen Bilde die schwerste Abmagerung (Fettschwund, diffuse Muskelatrophien), die Herzschwäche und -dilatation, Ödeme der unteren Extremitäten, außerordentliche Schwäche, die zu monatelangem Bettliegen führte, gesteigerte Morbidität und Mortalität mit starker Resistenzlosigkeit gegen infektiöse Einflüsse und eine, zumal bei älteren Gefangenen, sehr ausgesprochene Unfähigkeit zur Erholung hervor.

Am psychisch-nervösen Habitus der Erschöpften bestätigt Bonhöffer die Maierhofersche Beobachtung der gesteigerten mechanischen Muskelerregbarkeit, dagegen hat er keine einwandfreien Belege für vasomotorische und neuritische Erschöpfungssymptome. Ermüdungshalluzinationen erkennt er an und bringt sie in Analogie zu den hypnagogen Sinnestäuschungen nach stundenlanger konzentrierter Aufmerksamkeitseinstellung auf bestimmte optische Dinge. Das akute nervöse Erschöpfungsbild ist nach ihm durch die anfängliche Schlafsucht mit nervöser Verstimmung sowie den nachfolgenden leichten emotionell-hyperästhetischen Schwächezustand charakterisiert.

Stertz hebt speziell die posttyphösen neurasthenischen Schwächezustände heraus, die sich in vieler Hinsicht mit diesen emotionell-hyperästhetischen Schwächezuständen Bonhöffers bzw. den infektiösen Schwächezuständen Kraepelins berühren. Nach seinen Beobachtungen im Genesungsheim für Typhusgenesende in Sp. zeigten etwa 60—70% von letzteren in den ersten beiden Monaten der Rekonvaleszenz nervöse Störungen, und zwar zwei Drittel immerhin solche von erheblicher Natur. Schon die Transporte der in den ersten Wochen nach dem Fieberabfall befindlichen Typhusrekonvaleszenten fielen durchweg nicht nur körperlich, sondern auch geistig, durch das Fehlen gewissermaßen jedes psychischen Turgors auf. Bei den zahlreichen leichteren Fällen standen die Erscheinungen einer gewissen Erschwerung und erhöhten Erschöpfbarkeit der psychischen Leistungen, besonders aller produktiven, aber auch der reproduktiven, im Vordergrund, womit sich eine geringe geistige Regsamkeit, gemütliche Abstumpfung sowie Mangel an allgemeinem Interesse und jeglicher Initiative verband (leichte Stuporformen).

In den etwas schwereren Fällen traten die Erscheinungen der erhöhten Erregung und Reizbarkeit und des erleichterten, von unangenehmen Empfindungen begleiteten Anklingens verschiedener Sinnessphären neben den Symptomen der Erschwerung und gesteigerten Ermüdbarkeit aller psychischen Leistungen stärker hervor. Das oft dauernd bestehende Mattigkeitsgefühl steigerte sich bei jeder körperlichen und geistigen Anstrengung. Eine allgemeine Aufmerksamkeitsstörung, insbesondere ein rasches Absinken derselben machte sich in leichtem geistigem Versagen (Verlust der Zielvorstellungen, leichtes Vergessen u. dgl.) bemerkbar. Die erschwerte Reproduktion des Gedächtnismaterials trat besonders beim Bericht der Kriegs-

erlebnisse zutage. Von da aus fanden sich übrigens Übergänge zu retrograden Amnesien und echten Merkstörungen.

Für diese posttyphösen, nach dem Abklingen der akuten Symptome und eines stuporösen Übergangsstadiums sich einstellenden psychischen Schwächeerscheinungen stellt Stertz auffallenderweise eine wesentliche Übereinstimmug mit den endogenen Formen konstitutioneller Neurasthenie fest, das gleiche gilt nach ihm auch für die körperlichen Begleitsymptome (Tremor, Reflexsteigerungen, Tachykardien, starke Schweißneigung usw.) Dazu gesellen sich gelegentlich dann noch leichte neuritische und trophische Störungen, sowie zuweilen Blasenbeschwerden.

Einzelne Fälle hebt Stertz wegen gewisser Eigenheiten, aus denen er auf eine besondere bis zum zeitweiligen Versagen gesteigerte Erschöpfbarkeit cerebraler Funktionen schließt, noch besonders heraus; so Anfälle von Flimmerskotom nach Typhus, die er als neurasthenisches Lokalsymptom bewertet (gleichzeitige Klopfempfindlichkeit der kontralateralen Seite!), des weiteren intermittierende Auffassungs- bzw. Hörstörungen, eigenartige intermittierende Orientierungsstörungen als Ausdruck einer erhöhten corticalen Erschöpfbarkeit usw.

Hier sei gleich eine ähnliche Beobachtung von Mendel angeschlossen: Intermittierende Anfälle von Blindwerden bei einem Kanonier, der in der Kindheit an epileptischen Krämpfen gelitten und später durch einen Unfall neurasthenisch geworden war. Mendel sieht in ihnen Ermüdungssymptome einer traumatischen Neurasthenie.

Die Schwere der posttyphösen nervösen Erscheinungen war bei den unkomplizierten nervös nicht disponierten Fällen von Stertz im allgemeinen abhängig von der Hirnschädigung während der akuten Zeit (dem Grad und Dauer der Bewußtseinstrübung oder der Delirien). Bei den belasteten und disponierten Fällen bestand dieses reziproke Verhältnis nicht. Hier traten Depressionszustände, hysterische und hypochondrische Weiterentwicklungen der Symptome so charakteristisch hervor, daß die besondere Färbung dieser nervösen Nachkrankheiten meist leicht die Unterscheidung von Belasteten und Nichtdisponierten gestattete. Im übrigen kamen aber auch schwere Bilder, besonders nach schweren Infektionen, bei vorher ganz Gesunden, nicht Belasteten vor. Die Prognose gestaltete sich im allgemeinen entsprechend dem endogenen Anteil ungünstiger, wobei übrigens auch eine im Kriege erworbene Disposition in diesem Sinne ungünstig ins Gewicht fiel. Bemerkenswert ist schließlich noch die Feststellung von Stertz, daß bei diesen Kriegsfällen das Hineinspielen psychogener Momente in die geistige Verfassung der Rekonvaleszenten in Anbetracht der besonderen Verhältnisse im Kriege vielleicht etwas häufiger vorkomme, als es sonst der Fall wäre.

Schließlich sei noch erwähnt, daß Stanojewits im Gegensatz zu Brückners Hinweis, daß nervöse Erschöpfungsfälle hauptsächlich für die slawische Rasse charakteristisch wären, auf der russisch-polnischen, galizischen und südtiroler Front keinen einzigen Fall bei Slawen, sondern bei Andersrassigen fand, daß Cimbal rheumatische Krankheiten als Reste der akuten Schädigung eines angeborenen oder erworbenen reizbaren und

ermüdbaren Nervensystems auffaßt (Tobias hatte übrigens schon früher auf die Gefahr der Verwechslung neurasthenischer Schmerzen mit rheumatischen im Kriege aufmerksam gemacht); und daß Hirschfeld in ständigen nächtlichen, auf das jüngste Erlebnis bezüglichen Angstträumen ein feines Reagens für den Grad der allgemeinen nervösen Erschöpfung sieht.

Psychotische Zustände auf dem Boden der Erschöpfung finden sich wie bisher in jedem Bericht, so auch diesmal, nicht immer allerdings mit ausreichender klinischer Begründung. Lückerath spricht von dem häufigen Vorkommen von Erschöpfungsdämmerzuständen, bei denen Zeichen von Hysterie oder Epilepsie fehlten, und außer der Erschöpfung keine Ursache nachweisbar war. Sie leiteten insbesondere mehrfach neurasthenische Depressionszustände ein, wobei dann Amnesie für die erste Zeit der Erkrankung bestand. Im übrigen waren diese Depressionen z. T. durch Erschöpfung, z. T. durch Verwundungen oder Erschütterungen verursacht. Das äußere Bild erinnerte an Melancholia attonita. Sie waren wie vor den Kopf geschlagen, erholten sich aber bald wieder. Wollenberg berichtet von heftigen neurasthenischen Angstanfällen eines nicht nervös veranlagten Offiziers beim Reiten im Walde ohne tatsächliche Gefahr. Goldstein sah im Anschlusse an Erschöpfung und Schreck hochgradige Verwirrtheitszustände mit Analgesie und auch Amoklaufen. Löwy führt als halluzinatorische Erschöpfungsfolgen die Gesichtstäuschung des Riesenrads im Prater feurig und mit Zweigen von Weihnachtsbäumen, bei einem Stabsarzt nach erschöpfendem Reiten und Hunger an, ferner einen mehrmonatigen von einem Depressionsstadium gefolgten Verwirrtheitszustand bei einem Mann, der ohne persönliche Gefahr in einer schweren Schlacht nach achttägigem Munitionsverladen delirant erkrankt war. Morawczik erkennt speziell als neurasthenische Psychose einen katatonieähnlichen, durch intensive motorische und psychische Hemmung ausgezeichneten, mitunter auch mit katatonischen Erscheinungen einhergehenden Zustand an, der sich ziemlich rasch zurückbilde. Ein Urteil über diese und andere publizierten Erschöpfungspsychosen ist naturgemäß nach den im allgemeinen sehr kurzen Veröffentlichungen und der oft ebenso kurzen Beobachtungszeit aus der Entfernung nicht gut möglich[1]). Soviel wird man aber jedenfalls sagen können, daß die Möglichkeit des Vorliegens andersartiger Erkrankungsformen nicht immer genügend ausgeschlossen ist. Auf die Verwechslung mit psychopathischen

[1]) Sollte die Morawczikschc Erschöpfungspsychose etwa jene schweren Zustände umfassen, wie sie schon im Sanitätsbericht von 1870/71, Bd. VII (Morbidität der in Deutschland untergebrachten kriegsgefangenen Franzosen) geschildert sind? „Einer dieser Kriegsgefangenen kam hier völlig blödsinnig an, sah aus wie ein an tiefer Melancholie Leidender, antwortete kaum auf eindringliche Fragen und beschmutzte Wäsche und Bett. Dabei intensiver Katarrh, stark geschwollene Füße, ganz kachektisches Aussehen. Ich glaubte den Patienten in eine Irrenanstalt überführen zu müssen, da er wegen der fürchterlichen Unreinlichkeit im Lazarett nicht gut zu halten war. Indes zeigte sich schon nach wenigen Tagen, daß der ganze Zustand nur in äußerster Erschöpfung bestand. Der Patient erholte sich bei guter Kost und doppelten Weinrationen zusehends, die Kräfte nahmen täglich zu und in kurzer Zeit erfolgte völlige Wiederherstellung." — Ganz ähnlich ist übrigens auch die allgemeine Kennzeichnung der Fatigatio in Bd. VII.

Reaktionen haben mit Recht Bonhöffer wie Meyer hingewiesen. Auch Störungen psychogenen Charakters sowie schizophrene Episoden dürften in Frage kommen. Weygandt weist übrigens bezüglich der Unterscheidung von letzteren auf den hohen Wert der Abderhaldenschen Reaktion hin.

Dieser Überschätzung der Erschöpfungsätiologie für die Kriegspsychosen — Baller rechnet unter seinen Fällen nicht weniger als 13,5% zu den Erschöpfungspsychosen, darunter eine erhebliche Zahl von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, „bei denen die Causa morbi lediglich in der Erschöpfung zu suchen war" — dieser Überschätzung tritt vor allem Bonhöffer auf Grund des gerade für Klärung dieser Verhältnisse besonders geeigneten Materials der serbischen Kriegsgefangenen mit ihren sonstigen schwersten Erschöpfungserscheinungen entgegen. Die Tatsache, daß Psychosen überhaupt bei ihnen recht selten waren, sowie gewisse Ergebnisse der Kriegsliteratur: Fehlen der Amentia, Verschiedenartigkeit der Bilder und Vorherrschen der Reaktionen auf dem Boden der psychopathischen Konstitution, bringen ihn zu dem Schlusse, daß die Erschöpfung als solche keine Psychosen hervorruft. Diesem Standpunkt schließt sich auch Aschaffenburg ziemlich vorbehaltlos an, und E. Meyer bestätigt es speziell auf Grund der Erfahrungen an ostpreußischen Flüchtlingen, bei denen ein wesentlicher Einfluß der Erschöpfung (ebenso wie übrigens der Emotion) auf die Entstehung psychischer Störungen im Sinne einer Erschöpfungspsychose trotz sehr starker Schädigungen dieser Art nicht festzustellen war. — Nach diesem nunmehr in negativem Sinne entschiedenen Massenexperiment wird man nun also zu den verschiedenen psychotischen Erschöpfungsformen: Erschöpfungsamentia, Erschöpfungsstupor, akutes Delirium exhaustivum, Kollapsdelirium, akute heilbare Demenz usw., deren ätiologische Beziehung zur Erschöpfung in den letzten Jahren allerdings mehr und mehr zugunsten infektiöser, toxischer, autotoxischer usw. Verursachung angezweifelt worden ist, von neuem Stellung nehmen müssen. Jedenfalls würde diese Ausschaltung der Erschöpfungspsychosen aus dem Bereich der Psychiatrie in wissenschaftlicher Hinsicht eine Vereinfachung des klinischen Systems und in praktischer Beziehung eine Erleichterung der diagnostischen Entscheidung bedeuten.

Psychogene Störungen
(Schreckneurosen, traumatische Neurosen, hysterische Zustände).

Alles Grundsätzliche in der Frage der Kriegs- und traumatischen Neurosen ist, wie schon im vorigen Bericht angedeutet, auf der Münchener Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte nochmals im weitesten Umfange erörtert und im wesentlichen im Sinne der psychischen Genese und des psychogenen Charakters dieser Störungen beantwortet worden. Die prinzipiellen Anschauungen der Referenten: Oppenheim auf der einen, Nonne und Gaupp auf der anderen Seite, sind aus den früheren Berichten zur Genüge bekannt. Eine ausführliche zusammen-

hängende Darstellung ist daher ebensowenig notwendig, wie möglich[1]. Im übrigen sei in den begrenzten Rahmen dieser Berichte aus der bald nicht mehr recht übersehbaren Fülle von Einzelheiten der Münchener Tagung wie der sonstigen Veröffentlichungen folgendes zusammengedrängt:

Bunnemann meint, eine Einigung über die besonderen kriegsneurotischen Probleme sei nicht zu erzielen, wenn man sich nicht vorher über allgemeine Daseinsprobleme ins Einvernehmen gesetzt hat, eine Ansicht, die mir doch etwas reichlich über klinische Voraussetzungen und Bedürfnisse hinauszuführen scheint. Und wenn er weiter es als einen erkenntnistheoretischen Irrtum erklärt, daß man mit mechanischen oder physikalischen Vorgängen als an sich vorhandenen rechne und darin eine zureichende Begründung für gewisse Erfahrungstatsachen sehe, so scheint er mir auch über das hinauszugehen, was man an Feststellungen billigerweise von einer klinischen Betrachtung erwarten darf, und im übrigen auch nicht gerade geeignete brauchbare klinische Fragestellungen zu schaffen und den klinischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Daher vermag ich bei aller Anerkennung des Wertes einer erkenntnistheoretischen Klarheit über gewisse prinzipielle Fragen — speziell die Beziehungen zwischen Seelischem und Körperlichem, Innenwelt und Außenwelt — in dem Bunnemannschen Grundsatz: „Die Ursächlichkeit aller Lebenserscheinungen kann nur voll erfaßt werden, wenn man sie für psychogen und somatogen zugleich ansieht", um so weniger einen Gewinn für die Bearbeitung der klinischen Fragen im Gebiet der Kriegsneurosen erblicken, als nach seiner eigenen Erklärung demnach die Paralyse in seinem Sinne zugleich psychogen und somatogen ist.

Des weiteren scheinen mir auch gewisse Versuche zwischen den mehr oder weniger gegensätzlichen theoretischen Anschauungen zu vermitteln, klinisch wenig fruchtbar, zumal sie vorwiegend wieder aus theoretisierenden Überlegungen abgeleitet sind, und sogar z. T. unter Heranziehung dem Wesen nach nicht hierhergehöriger Bilder gewonnen wurden. So etwa, wenn Löwenthal auf die a priori notwendige Existenz von Zwischengliedern zwischen ausgesprochen organischen Läsionen und psychogenen hinweist oder Mörchen die Forderung ausspricht, es müsse zwischen grob Organischem und dem zweifellos rein Psychogenem im Nervensystem noch eine uns ihrem Wesen nach unbekannte Störung geben, die zwar nicht im gewöhnlichen Sinne organisch, aber auch nicht bloß „virtuell", eine Projektion psychogenen Geschehens, sondern etwas materiell Wirksames sei. Dagegen hat Mohrs besondere Betonung der Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Physischem und Psychischem und sein Hinweis auf den dadurch bedingten Circulus vitiosus für die Klinik grade auch der Kriegsneurosen gewiß volle Berechtigung.

---

[1]) Auch sonst kommen bei diesen Zusammenstellungen gewisse weitergreifende Arbeiten aus naheliegenden Gründen zu kurz. Es sei daher ausdrücklich noch hingewiesen außer auf die genannten Referate mit ihrer — wenn eine solche grobe Charakteristik gestattet ist — teils neurologisch-organischen, teils neurologisch-funktionellen, teils psychiatrischen Einstellung, auf die kritische Stellungnahme zur traumatischen Neurose in der Arbeit von Wollenberg, den Überblick über die Unfall- und Kriegsneurosen von Horn und insbesondere auf die Wesenskennzeichnung speziell der hysterischen Phänomene von Strümpell.

Ziehen, der gelegentlich der Neubearbeitung seiner Geisteskrankheiten des Kindesalters, zu den hier in Frage stehenden Problemen Stellung nimmt, lehnt gleichfalls die Fragestellung somatogen oder psychogen als falsch ab, da materielle somatische Veränderungen auch jeden psychischen Prozeß begleiten. Dieser Einwand, gegen den sich natürlich nichts sagen läßt, wird m. E. jenen Auffassungen nicht gerecht, für die der Unterschied zwischen somatogen und psychogen darin liegt, ob die Störung durch psychische oder nichtpsychische Einwirkungen zustande gekommen ist. Entsprechend seiner Auffassung des Materiellen spricht Ziehen daher auch von funktionellen materiellen Veränderungen beispielsweise der übergeordneten Vorstellungszentren. Molekulare Veränderung ist nach ihm nur eine unklare Redensart. „Molekular ist schließlich jede materielle Veränderung.“

Wollenberg sieht in der Oppenheimschen Anschauungsweise, trotz dessen Anerkennung des funktionellen Charakters der traumatischen Neurose, einen Hauch der als Befangenheit im Organischen bezeichneten Vorstellungsrichtung. Man wird dies zugeben können, aber gut tun, sich zugleich zu fragen, ob nicht vielleicht doch einmal eine Zeit kommt, wo man die jetzigen Auseinandersetzungen mit ihren neurotischen Zweck- und Abwehrstörungen, der Flucht in die Krankheit, den psychotischen Sicherungen u. dgl. aus größerer Distanz überblickt und dann als Ausdruck einer im Psychischen befangenen, zu primitiv-psychologischer Ausdeutung funktioneller Störungen geneigten Epoche ansprechen wird.

Der im letzten Bericht für notwendig erklärten Einengung des Gebiets des Funktionellen nicht sowohl auf Zustände mit „vorläufiger anatomischer Undefinierbarkeit“ als vielmehr auf solche von prinzipiell funktionellem, weil im Wesen mit den natürlichen physiologischen Funktionsvorgängen übereinstimmenden Charakter, entspricht etwa die Formulierung von v. Wagner, der rein dynamische Zustände durch Erregung und Hemmung als Grundlage der funktionellen Störungen kennzeichnet. Auch Goldscheiders Hinweis auf gewisse in Herabsetzung und Steigerung der Erregbarkeit sich ausdrückende, den physiologischen Zustandsänderungen ähnliche dauernde funktionelle Nervenzellenveränderungen scheint mir hier herangezogen werden zu dürfen.

Was im einzelnen für den psychogenen Charakter der kriegsneurotischen Störungen spricht, ist auf der Münchener Tagung noch einmal in ganzem Umfang zusammengetragen und dargestellt worden, unter erneuter Heraushebung der nachweislichen Wirksamkeit der verschiedensten psychischen Momente in ihrem Einfluß auf Entstehung, Symptomenbild, Verlauf und Ausgang, in ihrer therapeutischen und prophylaktischen Bedeutung usw. Dabei sind sowohl die früheren tatsächlichen Feststellungen wie die psychologischen Deutungen der inneren Zusammenhänge im großen ganzen bestätigt und erweitert worden. Das gilt beispielsweise auch von den charakteristischen Differenzen zwischen Kriegsgefangenen und nicht ausgeschiedenen Kriegsteilnehmern (s. die obige Zusammenstellung), zwischen den an der Front verbliebenen und in die Heimat überführten Kriegsbeschädigten, bzw. zwischen Front- und Heimatneurosen überhaupt [Selten-

tenheit von Kriegsneurosen an der Front bei Soldaten wie Zivilbevölkerung trotz schwerster Beschießungen (Jolowicz, Seige, Singer, Wexberg u. a.), trotz Lawinenverschüttungen (Weiss) u. a. m.], weiter von den bezeichnenden Unterschieden zwischen Mannschafts- und Offiziersneurosen (seltenere leichtere, viel weniger grobe und auch prognostisch günstigere Formen bei Offizieren, entsprechend der Festlegung des Gesundheitsgewissens durch zumeist ethisch hochwertige Abwehrmomente, militärische Tradition, Pflicht- und Verantwortungsbewußtsein [Curschmann]). Auch das charakteristische Mißverhältnis zwischen Schwere der Verletzung und Häufigkeit der traumatischen Neurose (Gaupp, Singer, Wilmanns, Allers, letzterer speziell bei Kopfschüssen) ist neu bestätigt worden, so daß die gegenteilige Oppenheimsche Erfahrung doch wohl aus der Besonderheit seines Materials wird erklärt werden müssen.

Als eindrucksvoll wirkende Belege und Beweismittel mögen dann auch noch die auf der Münchener Tagung von Nonne dargebotenen unmittelbaren Hypnose-Rekonstruktionen von abgeheilten Kriegsneurosen, und zwar nicht allein von typisch hysterischen, sondern auch anderen, z. T. auch „Oppenheimschen" (Schütteltremor, spastisches Stottern, Taubstummheit), besondere Erwähnung finden, sowie Simons röntgenologische Demonstrationen von mehr oder minder starken Knochenatrophien bei psychogenen akinetischen Zuständen. — Die allgemeine Stellungnahme der Autoren zur traumatischen Neurose ist mit allen diesen Hinweisen schon genügend in Übereinstimmung mit den früheren Berichten gekennzeichnet. Im einzelnen sei noch kurz angeführt:

Ziehen erkennt neben den groben und feineren durch mechanische Gewalteinwirkung bedingten organischen Verletzungen — die feineren „ganz ausnahmsweise vielleicht auch einmal" durch vom Schreck herbeigeführte Zirkulationsstörungen — auch funktionelle („auch mikroskopisch nicht nachweisbare materielle Störungen") an, die teils durch das mechanische, teils das psychische Moment entstanden sind. Ihnen entsprechen klinisch — im Gegensatz zur Herderkrankung und traumatischen Demenz der organischen Gruppe — die „funktionellen traumatischen Nervenkrankheiten". Auch bei ihnen läßt Ziehen übrigens trotz des funktionellen Charakters eine Lokalisation gelten, indem es sich bald um eine allgemeinere funktionelle Störung, bald um eine solche vorzugsweise im Bereich der übergeordneten Vorstellungszentren handele[1]). Klinisch finde man im ersteren Falle das allgemeine Bild der traumatischen psychopathischen Konstitution, in letzterem das ganz spezielle der traumatischen Hysterie, d. h. der durch das Trauma ausgelösten hysterischen psychopathischen Konstitution. Dieses letztere werde sehr oft durch die degenerative Veranlagung, das erstere oft durch stärkeres Hervortreten von Teilstörungen, z. B. vasomoto-

[1]) Nicht ganz in Übereinstimmung damit erscheint mir eine weitere Charakteristik dieser Störungen an anderer Stelle, wo Ziehen von einer abnormen Erregbarkeit der von den gefühlsbetonten (latenten) Vorstellungen beeinflußten Zentralgebiete und der zu ihnen führenden Leitungsbahnen spricht.

rischen, modifiziert. Die Besonderheit der Hysterie im Gegensatz zu anderen psychogenen Störungen sieht Ziehen übrigens in der ausschlaggebenden Wirksamkeit latenter Vorstellungen, ätiologisch zieht er für sie vorzugsweise das psychische Moment, und zwar vor allem den Affektshock, heran. Die traumatische Neurose ist für Ziehen eine in einer ganz besonderen Richtung entwickelte traumatische psychopathische Konstitution, und zwar kommt diese zustande, wenn durch die vom Trauma hervorgerufene funktionelle Störung ein Mißverhältnis zwischen den Anforderungen an die Hirnrinde und ihrer Leistungsfähigkeit entsteht. Ätiologisch kommt bei ihr ebenso wie bei der traumatischen Konstitution neben den psychischen Momenten (vor allem den sekundären: Sorgen, Rentenhoffnungen u. dgl.) auch das mechanische in Betracht. Kombinationen der Läsionen ergeben dabei gemischte Krankheitsbilder: traumatische Hysteroneurasthenie usw.

Man sieht, in klinischer Hinsicht ist es der Krankheitstypus der traumatischen psychopathischen Konstitution, der für Ziehen den klinischen Kern der traumatischen Neurose ausmacht. Der Krankheitsbegriff liegt den anderen Autoren fern, und es fragt sich inwiefern er etwas Besonderes, Neu- und Eigenartiges darstellt. Unter psychopathischen Konstitutionen versteht Ziehen bekanntlich psychische Krankheitszustände, „welche nur leichtere, wenn auch oft sehr mannigfaltige psychische Krankheitssymptome darbieten, und nur hin und wieder, und vor allem nur vorübergehend, zu schwereren Krankheitssymptomen führen". Demnach würde, wenn ich es recht übersehe, die traumatische psychopathische Konstitution psychische Krankheitszustände traumatischer Genese, mit nur leichteren Krankheitssymptomen umfassen und also die verschiedensten traumatischen Störungen leichterer Art: neurasthenische sowohl wie hysterische, ev. auch kommotionelle Fälle in sich schließen. Eine solche Zusammenfassung leichterer Fälle unter einen Krankheitsbegriff ließe sich vielleicht aus praktischen Gründen rechtfertigen, einen selbständigen und reinen Krankheitstypus von spezifischem Charakter würde sie freilich nicht ergeben. Ziehen scheint allerdings nach dem oben Gesagten mit der traumatischen Neurose doch noch etwas Besonderes im Auge zu haben, indem er sie als eine, in einer besonderen Richtung entwickelte Unterform der traumatischen psychopathischen Konstitution hinstellt, deren Wesensbild er freilich nicht weiter spezialisiert, und deren Verhältnis zu dem „allgemeinen Bild der traumatischen psychopathischen Konstitution" sowie dem „ganz speziellen der durch das Trauma ausgelösten hysterischen psychopathischen Konstitution" er nicht im einzelnen darlegt.

Reichardt[1]) erkennt eine „echte" traumatische Neurose mit ganz akutem Beginn nach heftigem psychischen Trauma, mit steilansteigender Krankheitskurve, heftigen insult- oder shockähnlichen Initialsymptomen, raschem Abklingen und günstigem Verlauf (Heilung nach Tagen bis Wochen) an. Daneben läßt er eine traumatisch wesentlich verschlimmerte endogene Neurose und eine „krankhafte" Entschädigungsneurose gelten. Eine lediglich durch mechanische Einwirkungen herbei-

[1]) Einführung in die Unfall- und Invalidenbegutachtung. Jena 1916.

geführte „echte“ traumatische Neurose kommt anscheinend gar nicht für ihn in Betracht.

Quensel sieht in der traumatischen Neurose die Kombination von psychologischer Unfallreaktion mit verschiedenen Krankheitsarten, erkennt dagegen ein reines isoliertes Krankheitsbild, das lediglich die Folge der Unfallreaktion darstellt, nicht an. Diese Kombinationen der Unfallreaktion mit den verschiedenen Krankheitsarten ergeben nach ihm relativ charakteristische Bilder, am meisten solche mit den echten Neurosen, zumal bei Psychopathen und konstitutionellen Hysterikern infolge der vorhandenen Wesensverwandtschaft. Immerhin sei keins dieser Bilder an sich spezifisch und erschöpfend. Auch die Kriegsneurosen zeigten eine gleichartige, wenn auch im einzelnen abweichende, eigenartige Mischung von Krankheitszuständen mit den Erscheinungen einer normal psychologischen Reaktion auf die besonderen äußeren Verhältnisse. Im übrigen läßt Quensel sowohl eine traumatische wie psychotraumatische Entstehung von Neurosen gelten. Ähnlich nennt Freund die traumatischen Neurose-Formen Oppenheims in der Mehrzahl Vereinigungen verschiedener Reaktionsarten psychopathisch veranlagter Individuen. Wieder andere betonen noch stärker gerade die Unfallreaktion als das Pathologische und klinisch Charakteristische, wie es übrigens auch schon früher erwähnte Autoren taten. Hierher gehört wohl auch Mörchen, der die „individualpsychologischen Reaktionen“ auf den erlittenen Unfall mit dem nicht gerade glücklich gewählten Ausdruck „sekundärer Innervationsshock“ heraushebt, wobei er je nach der besonderen Anlage — einfach neurasthenisch-depressive, hysterische, katatonische — die Prognose verschieden setzt, zugleich allerdings mit der Aufstellung einer solchen katatonischen individuellen Disposition und der aus ihr hervorgehenden besonderen Unfallreaktion, über den gesicherten Erfahrungsbestand doch wohl etwas hinausgeht.

Für Stertz ist das Einheitliche und Gemeinsame an den ätiologisch und symptomatologisch verschiedenartigen Bildern der traumatischen Neurose durch den indirekt mit dem Unfall zusammenhängenden durch nachträgliche psychogene Vorgänge entstandenen Symptomenkomplex (depressiv-hypochondrische Verstimmung, eigenartige Willensschwäche usw.) gegeben, wodurch sich ihm auch für die praktische Verständigung die Bezeichnung traumatische Neurose rechtfertigt. Voss endlich hält an der traumatischen Neurose als einem durch die Mischung hysterischer und neurasthenischer Erscheinungen mit charakteristischen psychischen Störungen gekennzeichneten pathologischen Komplex fest.

Bezüglich der Einordnung der verschiedenartigen unfall- und kriegsneurotischen Störungen im klinischen System ist zunächst zu sagen, daß nach wie vor die Neigung besteht, sie vorzugsweise dem Hysteriegebiet zuzurechnen, so daß der Oppenheimsche Vorwurf: die Hysterie ist jetzt über alle Ufer getreten und nichts ist vor ihr sicher, ganz gewiß nicht jeder Berechtigung entbehrt. Wenn allerdings auf der andern Seite Bresler sagt: es gibt überhaupt keine Kriegshysterie, so wird man ihm auch dann nicht beipflichten können, wenn er diesen Krankheitsbegriff im allereigentlichsten und engsten Sinne meint.

Unter den einzelnen kriegsneurotischen Formen ist es besonders die Schreckneurose, die der Hysterie zugeteilt wird. Während sie aber nach Bonhöffer erst sekundär durch die hysterische Fixierung zur Hysterie wird, ist sie für Voss bereits primäre hysterische Reaktion. Nach Gaupp trägt sie ganz oder jedenfalls vorwiegend typisch hysterische Züge, nach Nonne bestehen keine scharfen Grenzen zwischen ihr und gewissen Hysterieformen. Nicht viel anders steht es mit den verschiedenen neurotischen Spielarten Oppenheims. Neben den früher schon erwähnten Autoren sprechen Horn, Raimann u. a. sie als typisch oder wenigstens im wesentlichen hysterisch an, Rumpf rechnet die Reflexlähmung zur Hysterie, die zu organischen Störungen getreten sei. Trömner sieht in diesen Lähmungen psychogene Auflagerungen u. a. m. Immerhin läßt beispielsweise Nonne daneben gewisse kriegsneurotische Störungen (partielle nichtorganische Lähmungen im Bereich organisch gelähmter Nerven u. a.) nur als funktionell gelten, ohne sie der Hysterie zuzuweisen.

Böttger hält ebenso wie die Schreck- auch die Reflextrophoneurose nicht für hysterisch, wenn er auch die Möglichkeit einer allmählichen Ablösung durch hysterische Fixierung zugibt. Freund bringt die Akinesia amnestica zu seinen „psychischen Lähmungen" in Beziehung, für die er eine Störung im Gebiet der Assoziationsfaserung voraussetzt.

Erben erklärt gewisse extreme Contracturformen für nicht hysterisch, wenn sie nicht von Tastempfindungsausfall und vasomotorischen Störungen begleitet sind oder wenn die unwillkürliche Muskelspannung bei Verkleinerung des Winkels verschwindet. Bähr spricht die meist in engste Beziehung zur Hysterie gebrachten Gewohnheitscontracturen der Kriegsverwundeten als Reflex- und Zwangscontracturen an, da er bei ihnen meist leichte pathologische Veränderungen — bei Fußlähmungen Frakturen u. ähnl. — fand, die gleichsam reflektorisch durch die Schmerzen die Contrakturen auslösten. Schanz, der bei allen „Schüttlern" den typischen Befund seiner „Insufficientia" feststellte und die Störung durch eine Wirbelsäulenkur heilte, bringt das Zittern mit einer mit der Wirbelsäuleninsuffizienz verbundenen Reflexsteigerung in Verbindung und legt damit den Wunsch nahe, einmal nachzuprüfen, wieweit die Hysterie mit ihren vielgestaltigen Einkleidungen dem einseitig eingestellten Spezialisten im Sinne der Bestätigung seiner besonderen Auffassungen entgegenkommt[1]). Von einem krankhaften Zwang zur Reflexunterdrückung spricht Sommer bei der psychogenen Taubheit, die sich nach ihm durch eine krankhafte Erregung der Hörsphäre entwickelt (objektiv nachweisliche Ohrschädigungen).

Stärker im Sinne der Oppenheimschen Auffassung und als Beweis dafür, wie neurologisch naheliegend diese ist, darf wohl zunächst hervorgehoben werden, daß auch in Frankreich[2]) die „Reflextheorie" für einen Teil

[1]) Inzwischen hat Lewandowsky (Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 16) auf die Gefahren der aus dieser Auffassung hervorgehenden orthopädischen Behandlung des hysterischen Zitterns hingewiesen, Weber außerdem (Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 18) die ungenügende Begründung des Schanzschen Standpunkts und den geringen Wert seiner Behandlungsweise dargelegt.

[2]) Vgl. diese Zeitschrift Ref. **13**, 591.

der funktionell-motorischen Störungen in Anspruch genommen wird, und zwar u. a. auch von einer Seite, der man immerhin einige Kenntnis der Eigenart der Hysterie zutrauen darf: Babinski. Als objektive Unterscheidungsmerkmale dieser reflektorischen Störungen gegenüber den hysterischen werden in den Diskussionen der Pariser neurologischen Gesellschaft insbesondere stärkere vasomotorische Veränderungen und lokale Hypothermie hervorgehoben.

Was sonst noch im Sinne Oppenheimscher Anschauungen angeführt wird, bezieht sich, soweit ich übersehen kann, im großen ganzen mehr auf Einzelheiten. Der Nonnesche Leitsatz: „Die Auffassung von einer mechanischen Erschütterung der peripheren Nerven und von da ausgehendem Reiz auf die cerebralen oder spinalen Zentren läßt sich nicht beweisen und nicht bindend widerlegen", würde übrigens im Sinne des vorläufigen Widerlegtseins bis zur Erbringung des erforderlichen Beweises verwertet werden dürfen. Mann erkennt zum Teil die von Oppenheim herausgehobenen Typen, insbesondere die Akinesia amnestica und gewisse Tremorformen (mit absoluter Konstanz und gleichbleibendem Rythmus sowie geringer psychischer Beeinflußbarkeit) — als selbständige an und hebt einen Teil von ihnen als traumatische Motilitätsneurose heraus. In gewissem Sinne stellt sich auch von Wagner auf Oppenheims Seite. Er kann sich u. a. die rein psychogene Entstehung eines so typischen Symptomenkomplexes wie des Mutismus, bei einer großen Anzahl von Individuen, die alle von derselben Schädlichkeit (Granatexplosion) betroffen sind, schwer vorstellen. Er betont — neben Druckschwankungen, eventuellen mechanischen Läsionen der Sprachzentren usw. — vor allem ähnlich wie Oppenheim den heftigen Reiz auf die Sinnesorgane, woraus eventuell vom Gehörorgan aus eine Hemmung der motorischen Sprachfunktionen resultiere. Auf diese „sensugene" (Hartmann) Entstehung, die an die Oppenheimsche Anschauung oder wenigstens an eine physikalische Genese gemahnt, wird überhaupt verschiedentlich besonders Gewicht gelegt. So betont beispielsweise Levy-Suhl die reflexartige Wirkung der gewaltsamen Sinneseindrücke auf den Gesamtorganismus. Dem widerspricht allerdings Wexberg auf Grund seiner Felderfahrungen über die durch Gewohnheit schnell erworbene Toleranz gegen das Explosionsgeräusch.

v. Wagner bezweifelt insbesondere auch den psychogenen Charakter funktioneller Störungen, die zu einer sicher auf organischer Hirnläsion beruhenden Störung hinzugetreten sind oder nach dieser zurückbleiben (z. B. Schußverletzung am Hinterhaupt mit Sehstörung funktionellen Charakters). Er hebt des weiteren — ähnlich wie Liepmann — speziell für die schreckneurotischen Erscheinungen neben einem rein psychischen, auch einen physischen Vorgang als in Betracht kommend hervor. Auch das häufig nach geheiltem Mutismus sich einstellende Stottern, das im Gegensatz zu diesem viel weniger leicht beeinflußbar und ebenso wie das gewöhnliche Stottern mehr durch Übung zu beeinflussen sei, müsse als funktionelle Störung, nicht als psychogene bezeichnet werden. Die des weiteren von v. Wagner in solchen Fällen (ähnlich übrigens auch von Oppenheim selbst) herangezogene krankhafte Disposition des Sprachzentrums scheint

mir übrigens nicht unbedingt gegen den psychogenen Ursprung verwertbar, da ja auch das psychische Moment gewisse Organ- und Funktionsminderwertigkeiten, selbst organisch bedingte, für seine Symptomenbildung aufzugreifen pflegt. — Andere mehr organisch gefärbte Anschauungen wird man nicht gut mit den Oppenheimschen in innere Übereinstimmung setzen dürfen. So etwa die v. Sarbosche Auffassung der Granatexplosionstaubstummheit, wie sie schon aus seinen früheren Arbeiten bekannt ist und aus der neuerlichen Titelfassung: die durch Granatfernwirkung entstandene Taubstummheit eine medulläre Erkrankung, in ihrer ganzen Einseitigkeit zur Genüge gekennzeichnet ist. Seine angeführten Beispiele mit materiell bedingten Krankheitszeichen, Hirnnervenlähmungen u. dgl. können doch einmal nichts anderes beweisen, als daß eben auch organische Störungen sich unter diesen Fällen finden, und gegen die weitere Begründung ihres materiellen Untergrunds: daß keine einzige der verschiedenen psychischen Methoden am Anfang der Erkrankung helfe, ließe sich, selbst wenn ihr nicht Erfahrungen anderer Autoren widersprächen, immer noch entgegenhalten, daß eben anfänglich infolge Erschöpfung, psychischer Erregung usw. noch nicht die geeigneten Bedingungen für die Wirksamkeit dieser Heilkräfte vorliegen. Curschmann hat im übrigen im einzelnen mit den bekannten Gründen diesen „organischen“ Standpunkt widerlegt. — Eher bedeutet eine Annäherung an Oppenheim die Sarbosche Auffassung von den Fällen pseudospastischer Parese, bei denen er nie psychische Ursachen, dagegen vor allem Durchnässungen, Erfrierungen u. dgl., des erschöpften Nervensystems feststellen konnte und daher im wesentlichen an eine direkte Beschädigung der peripheren sensiblen Nerven denkt, wofür ihm auch eine relative partielle Empfindungslähmung spricht. Da v. Sarbo auch für diese Fälle das Fehlen irgendwelcher hysterischer Symptome betont, so wird man auch hier wohl wieder annehmen müssen, daß eine besondere Auswahl von Fällen vorliegt. Wieweit Mörchens Betonung der zweifellos durch rein seelische Wirkungen hervorgerufenen, durchaus an die Gewalt des Organischen erinnernden Innervationsstörungen und der bei Fällen von isolierter Muskel- und Nervenlähmung durch Shockwirkung möglicherweise vorhandenen feinorganischen Veränderungen der Nervensubstanz auf die Oppenheimschen Anschauungen Bezug hat, muß dahingestellt bleiben und ebenso die Webersche Anerkennung der traumatischen Neurose in solchen Fällen, wo mechanische und psychische Momente wirksam sind und eine mechanisch bedingte materielle Veränderung des Nervensystems die stärkere und nachhaltigere Wirkung der psychischen Einflüsse ermögliche.

Dagegen ist wohl gewiß etwas anderes gemeint mit den verschiedenen von den Autoren herangezogenen Kommotionsstörungen, den postkommotionellen nervösen Schwächezuständen Jacobs, den epitraumatischen Zuständen, der traumatischen Hirnschwäche Trömners u. a. m. Mit Recht lehnt Gaupp die „Kommotionsneurosen“ überhaupt als funktionelle Störungen ab. Daß man allerdings den Symptomen als solchen nicht immer ansehen kann, ob sie funktionell bzw. psychogen oder durch

materielle Hirnveränderungen bedingt sind, wird ähnlich wie von Gaupp auch von Stertz mit Recht hervorgehoben.

Oppenheim selbst hat nun seinen Standpunkt in der Traumatischen-Neurose-Frage in mancher Hinsicht verändert, was wohl in gewissem Sinne eine Abschwächung, eine „Zurückbiegung der scharf vorspringenden Front" bedeutet. Es genügt dabei, wenn man sich an die aufgestellten Leitsätze hält, die doch wohl unter Heraushebung des Wesentlichen und Grundsätzlichen seinen Standpunkt in kürzester und prägnantester Formulierung wiedergeben. Die theoretischen Grundlagen — die molekulare Erschütterungstheorie — findet zunächst, sehr zum Vorteil des Gesamtaufaufbaus, in den Leitsätzen überhaupt keine Erwähnung mehr. Die Bedeutung der Hysterie unter den Kriegsneurosen wird höher als vorher eingeschätzt. („Die Verbreitung der Hysterie unter den Kriegsverletzten ist von mir unterschätzt worden.") Gewisse Unterformen der traumatischen Neurose werden in ihrer Selbständigkeit und Spezifität nicht mehr so recht voll anerkanut, vielmehr z. T. stärker an die Hysterie herangerückt. („Der Begriff Akinesia amnestica ist ein symptomatischer. Sie kann sich auf dem Boden der Hysterie entwickeln." Die Crampusneurose hat iunige Beziehungen zur Hysterie" usw.) Auch die Kennzeichen der traumatischen Neurose, der spezifische Charakter ihrer Krankheitszeichen werden nicht mehr mit der für einen besonderen Krankheitstypus gebührenden Schärfe anerkannt. („Die Hyperthermie kann zu den Symptomen der traumatischen Neurose gehören." „Die Zeichen des Hyperthyreoidismus können zum Symptomenbild der traumatischen Neurose gehören." „Die Innervationsentgleisung kommt sowohl bei organischen wie bei funktionellen Lähmungen vor.")

Vor allem erscheint mir aber die Formulierung des Begriffs der traumatischen Neurose noch mehr als bisher von den Voraussetzungen, die an einen besonderen Krankheitstypus zu stellen sind, abzusehen. Eine alle Anforderungen an einen echten Krankheitstyp erfüllende Begründung und Definition der traumatischen Neurose müßte lauten: „Da es Neurosen von bestimmtem eigenartigem Entstehungsmechanismus, Wesen und klinischem Bild gibt, die sich gesetzmäßig infolge eines körperlichen Traumas entwickeln, so muß eine spezifische traumatisch verursachte Krankheitsform, die allein durch die Bezeichnung traumatische Neurose prägnant erfaßt wird, anerkannt werden." — Oppenheims Krankheitsdefinition dagegen lautet: „Da sich die Mehrzahl derselben (sc. verschiedenen Neurosen) im Gefolge eines Traumas entwickeln kann, ist es berechtigt, von traumatischen Neurosen zu sprechen, auch dann, wenn das Trauma nur die auslösende Ursache bildet" (von mir gesperrt). Danach scheint mir auch jetzt noch Geltung zu haben, was ich bereits bei meiner ersten Erörterung des Oppenheimschen Standpunkts hervorhob[1]): „Oppenheims traumatische Neurose stellt weder etwas Einheitliches dar — denn sie umfaßt verschiedenartige Krankheitsformen — noch etwas Spezifisches — denn sie umfaßt keine ihr allein zukommenden Krankheitstypen." Schließlich erscheint

[1]) 2. Sammelbericht, diese Zeitschrift Ref. 12, 49.

mir auch noch die Oppenheimsche Fassung des Begriffs des Traumas, der ja doch bei einem solchen ätiologisch formulierten Krankheitstyp auch einen Fundamentalpunkt bildet, hervorhebenswert. Wenn Oppenheim sagt: „Der Begriff des Traumas schließt die psychische und mechanische Erschütterung ein“, so wird damit die sonst allgemein in der Pathologie anerkannte Wesensverschiedenheit dieser Noxen aufgehoben und durch eine für beide passendes Bild („Erschütterung“) verdeckt. Und wenn er weiter sagt: „Beide können dieselben Funktionsstörungen im zentralen Nervensystem hervorrufen“, so geht aus dem unausgesprochenen Zugeständnis zugleich hervor, daß sie auch andersartige Funktionsstörungen hervorrufen können, und daß sie daher ihrer Natur nach ätiologisch nicht zusammengehören oder wenigstens nicht ohne weiteres als ätiologische Einheit zusammengefaßt werden dürfen.

Durch alle solche Abschwächungen und Erweiterungen verliert naturgemäß der Begriff der Traumatischen Neurose mehr und mehr an klinischem Wert und prinzipieller Bedeutung, er wird immer mehr zu einem Sammelbegriff für die verschiedensten nervösen Störungen, die durch psychische oder körperliche Einflüsse hervorgerufen werden können. Über ihn noch zu diskutieren hätte daher eigentlich überhaupt keinen rechten Sinn mehr, bliebe nicht immer noch ein wesentliches Moment als sein Kernpunkt zurück: die Oppenheimsche Anschauung von den mechanogenen funktionellen Nervenstörungen.

Eine wichtige Stützung, wenn auch keine volle Beipflichtung ist nun dieser Hauptlehre Oppenheims auf Grund physiologischer wie pathologischer Erfahrungen durch Goldscheider zuteil geworden, der ja wohl auch schon früher einen dem Oppenheimschen ähnlichen theoretischen Standpunkt in der Traumatischen-Neurose-Frage eingenommen hatte.

Physiologische Erfahrungen führen ihm zunächst zu der Feststellung, daß ein Reiz tatsächlich eine weit über den Erregungsort hinausgehende Erregbarkeitsveränderung (Steigerung oder Herabsetzung infolge zentraler, spinaler Irradiation) hervorrufen kann. Dies gilt zunächst wenigstens für die Sensibilität (Hyperalgesie, An- und Hypästhesie). Doch kann man auch einen Übertritt des irradiierten Reizes auf die Motilität nach Analogie der Reflexreize unbedenklich voraussetzen und damit gewisse Reizerscheinungen — Hypertonie, Contractur, Zittern — als direkt physische Wirkungen auffassen. Auch das Vorkommen von Hemmungswirkungen der motorischen Sphäre darf, wenn auch mit einem gewissen Vorbehalt, als möglich bezeichnet werden. Danach ist also das Vorkommen gewisser nervöser Folgeerscheinungen als unvermittelter rein physischer sehr wahrscheinlich und zwar stellen sie sich als ein posttraumatisches nervöses Syndrom dar, das gewisse über die vom Trauma betroffene Stelle verbreitete Sensibilitätsstörungen, dazu vasomotorische, vielleicht auch sekretorische Störungen umfaßt, und dem sich auch motorische Reiz- und Ausfallserscheinungen noch angliedern. Ob der traumatische Reiz außer in den spinalen Zentren auch in der Hirnrinde Irradiationen und Erregbarkeitsveränderungen bedingen kann, läßt Goldscheider noch unentschieden, hält es aber unter Umständen für möglich.

Insoweit erkennt also Goldscheider einen gewissen Kern der Oppenheimschen Anschauungen an.

Anders stellt er sich zur Fixierung der Reizwirkungen. Beweise für solche Dauerwirkungen eines mechanischen Reizes gibt die Physiologie nicht, doch hält es Goldscheider wenigstens für denkbar, daß solche bei sehr heftiger Erschütterung der peripheren Nerven sowie bei Gewebsschädigungen mit dauernder Nervenreizung (etwa traumatischer Neuritis, die freilich nur bei einem Teil der traumatischen Neurosen vorliege), erfolgte. Müßte man die Fixation auf eine besondere Disposition zurückführen — meint Goldscheider weiter —, was recht zweifelhaft sei, so könnte diese nur eine hysterische sein, so daß also dann die hysterische Natur dieser Dauerfolgen anerkannt würde. (Eine Schlußfolgerung, zu der man m. E. nur gezwungen ist, wenn man, wie manche Autoren es tun, von vornherein das pathologische Phänomen der Fixierung als spezifisch-hysterisches gelten läßt. Es ist aber, wie wenigstens die Psychiatrie lehrt, ein viel allgemeiner pathologisches.

Es läßt sich also nach Goldscheider die Dauerhaftigkeit dieser nervösen Betriebsstörungen nach Trauma ebenso wie ihre Ausdehnung auf die Motilität und die Hirnzentren ohne zweifelhafte Hilfshypothesen nicht erklären und ableiten.

Dagegen erkennt auch Goldscheider den Gemütserregungen ebenso wie einen unmittelbaren Einfluß auf die sensible, motorische Sphäre und die vasomotorischen, sekretorischen und visceralen Nerven, so auch die Fähigkeit zu, in weit höherem Grade als die rein somatischen Reize die Reizfolgen zu fixieren, indem die Affekterregung ein Erinnerungsbild mit ausgedehnter assoziativer Verknüpfung der Nervenzentren und Bahnen hinterlasse. Die Emotion, der Schreck, sind es also auch für ihn, die dem Trauma diejenige Verbreitung und Fixierung der nervösen Reizfolgen verleihen, welche dem rein somatischen Reiz an sich nicht zukommen. Soweit geht Goldscheider allerdings nicht, daß er den Affekt als einziges in Betracht kommendes Moment gelten läßt, da dem somatischen Reiz eine lokalisierende Wirkung für die durch den Schreck ausgelösten zentralen Erregungswellen zukäme. Erst durch beide zusammen sieht er die im Bild der traumatischen Neurose gegebene Entstehung und Fixierung der nervösen Erregbarkeitsveränderungen ermöglicht und hinreichend erklärt. Eine Ausschließung der Emotion wie des Psychischen überhaupt, wie Oppenheim es will, hält er überhaupt nicht für gut möglich, da sie selbst dann nicht ausgeschlossen sei, wenn der eine oder andere dieser von nervösen Folgezuständen befallene Verletzten einen erlittenen Schreck in Abrede stelle. Die Mitwirkung einer weiteren Vorstellungstätigkeit hält er nicht für unumgänglich notwendig, gibt aber die häufige und mehr oder weniger große Bedeutung sekundär sich anknüpfender Vorstellungen für die Fixierung wie die Lösung der Symptomenkomplexe zu. Damit erkennt also auch Goldscheider, wenn ich es richtig übersehe, die Begehrungseinflüsse keineswegs als Conditio sine qua non für die Fixierung dieser nervösen Folgezustände an (was mir im Hinblick auf die schon früher in entsprechendem Zusammenhang hervorgehobenen Er-

fahrungen auch durch die speziellen Kriegstatsachen genügend begründet erscheint) ebenso wie er es auch nicht als das Gewöhnliche ansieht, daß die Begehrungen und die Vorstellungstätigkeit überhaupt das Symptomenbild ab ovo erzeugen. Eine besondere Bedeutung mißt er allerdings der mit Begehrungsgefühlen verquickten Vorstellungstätigkeit und den hypochondrischen Vorstellungen des Verletzten für die Erzeugung der allgemein nervösen Symptome (Verstimmungen, Schlaf-, viscerale Störungen usw.) bei. Etwaige, dem Orte der Reizung entsprechende durch Aufmerksamkeitsspannung erzeugte Lokalsymptome seien übrigens, falls in diesem allgemeinen Bilde enthalten, stets nur angedeutet und von geringerer Festigkeit als der durch den somatischen Reiz in Verbindung mit der Emotion erzeugte traumatisch nervöse Symptomenkomplex, daher auch solche ideogene Symptome das lockerste Symptomenbild und die günstigste Prognose abgäben.

Von traumatischer Neurose könnte man also nach Goldscheider in solchen Fällen sprechen, bei denen die Lokalsymptome zunächst rein und fixiert vorhanden sind und die allgemeinen ihnen gegenüber zurücktreten oder sich erst sekundär angliedern. Auch diese Fälle, die der sogen. lokalen traumatischen Neurose entsprechen, seien meist durch gleichzeitig ausgelöste psychische Momente (Emotionen, speziell Schreck) bedingt, wenn auch nicht in Abrede zu stellen sei, daß auch rein somatisch ein Zustandekommen und eine gewisse Dauer möglich erscheint (eine Feststellung die mir allerdings in gewissem Sinne jener anderen zu widersprechen scheint, wonach ein traumatischer Reiz rein somatisch keine Neurose erzeugen könne).

Der klinischen Stellung nach sieht Goldscheider keine Veranlassung, Fälle dieser Art grundsätzlich der Hysterie zuzurechnen. Im übrigen erkennt er als traumatische Neurose im oben gekennzeichneten Sinne, bei deren Entstehung also die emotionelle Mitwirkung die Regel bilden dürfte, halbwegs die Oppenheimsche Reflexlähmung und Akinesia amnestica an, die wahrscheinlich nur Abstufungen eines Typus darstellten und von denen die erstere einem Teil des posttraumatischen nervösen Syndroms entspreche, während bei der letzteren Irradiation und Hemmung auch in cerebralen Zentren anzunehmen sei. Zittern und Crampi ließen sich als Irradiationen des motorischen Gebiets analog der Hyperalgesie ansehen, wobei es allerdings auffalle, daß gerade die Hyperalgesie selbst oft im Krankheitsbilde nicht so im Vordergrunde stände.

Hinsichtlich der theoretischen Grundlagen dieser Störungen erkennt Goldscheider ähnlich wie Oppenheim feinere molekulare Veränderungen speziell in den Zentralorganen infolge von traumatischer Nervenüberreizung und emotioneller Erschütterung an, Veränderungen, wie sie ähnlich auch bei physiologischen Zustandsänderungen anzunehmen seien, eine Erklärung mit der Goldscheider von der Annahme einer organisch-kommotionellen Grundlage u. dgl. ganz deutlich abrückt. Das Wesentliche ist ihm vielfach der Tatbestand einer dauernden funktionellen in Herabsetzung und Steigerung der Erregbarkeit sich aus-

drückenden Veränderung der Nervenzellen, die allerdings nicht als spezifisch für die traumatische Neurose gelten könne und auch nicht als irreparable Dauerfolge.

Man wird das Gewicht dieser Auseinandersetzungen nicht unterschätzen können. Es will mir scheinen, als ob hier eigentlich zum erstenmal in grundlegender Weise die von Oppenheim aufgeworfene Frage nach der mechanischen Verursachung nervöser Störungen in vollem Umfange gewürdigt wird, während man sich bisher, und dies auch auf der Münchner Tagung, im großen ganzen darauf beschränkte, die unverkennbaren Unzulänglichkeiten der mechanischen Pathogenese herauszuheben und ihr die Beweise für die psychische gegenüberzustellen. Erst durch Goldscheiders Arbeit wird eigentlich das Positive, der unerschüttert gebliebene Kernpunkt der Sache geprüft und trotz aller Einschränkungen in recht bedeutsamen Punkten und der Aufdeckung der recht engen Grenzen ihrer Gültigkeit doch anerkannt. Und so wird man doch wohl bei aller Ablehnung vieler Einzelheiten gewisse wichtige Elemente der Oppenheimschen Auffassung in die weitere Neurosenforschung mit hinübernehmen müssen.

Damit wäre die prinzipielle Streitfrage vorläufig erledigt, nachdem sie in einer Breite und mit einer Beteiligung hin und her erörtert worden ist, wie selten sonst eine spezialisierte wissenschaftliche Frage und wie man es nach den analogen lebhaften Auseinandersetzungen aus den 90er Jahren des verflossenen Jahrhunderts kaum mehr hatte erwarten sollen. Es ist nun wohl der Wunsch berechtigt, das fortan nur noch das Wort dazu nimmt, wer durch wirklich neuartige Erfahrungen und Gesichtspunkte den gewonnenen Standpunkt sei es zu festigen, sei es zu erschüttern oder wenigstens zu verschieben vermag.

Ich gehe nunmehr zu den Einzelheiten über. Da stehen nach wie vor Entstehungsmechanismus und -bedingungen der psychogenen Störungen im Mittelpunkt der Diskussion. Psychische Ausnahmezustände der verschiedensten Art, physiologische sowohl wie pathologische, werden als begünstigende Grundlage für die Entwicklung resp. Fixierung kriegsneurotischer Störungen nun allenthalben herangezogen. Bonhöffer hält die nach dem Schreckemotionsstupor sich einstellende Intermediärphase, die période de méditation der französischen Kriegsliteratur, für eine besonders hysterophile, wobei er das Auftreten der psychoneurotischen Störungen mit pathologischen Verankerungen in Verbindung bringt, welche durch Sejunktionserscheinungen, durch die unter dem Einflusse der schwersten Emotion erfolgte Abspaltung des Affekts vom Vorstellung-inhalt ermöglicht werden. Diese Affektverankerung, in der den Dämmerzuständen ähnlichen Phase der Affektabspaltung bei ungünstigen psychischen Konstellationen (durch Erschöpfung, Fortdauer der emotionellen Schädigung und vor allem psychopathischer Konstitution) erfolgend, knüpfe sich zunächst vorwiegend an die physiologischen Schreckerscheinungen an und äußere sich in deren zeitlicher Verlängerung. Wollenberg, der unter den psychogen wirksamen Faktoren provozierende, fixierende und determinierende auseinander hält, hebt unter den provozierenden die chronische Emotion als den günstigen Boden für Eigen- und Fremd-

suggestionen heraus und erklärt daraus insbesondere die imitatorische Übertragung nervöser Störungen im Lazarett. Auch für den Zeitpunkt der akuten Lebensbedrohung im Felde erkennt er die pathogene Bedeutung der geistigen Ausnahmezustände an, an denen er vor allem die erhöhte Suggestibilität und gesteigerte Empfänglichkeit („die Sinne der Fühlbarkeit geöffnet") für wesentlich hält in Übereinstimmung mit Charcots Annahme, daß auch eine heftige Erregung, ein Schreck, einen hypnoseähnlichen Zustand schaffe. Ähnlich sieht Dumas[1]) in einer leichten psychischen Verwirrung den Boden, welcher der Entwicklung von Autosuggestionen Vorschub leiste. Liebermeister nennt speziell das Absinken des Kriegstonus als das kritische Stadium der Rekonvaleszenz, in welchem die Fälle psychisch besonders labil und ungünstigen Suggestionen zugänglich seien. Auf den intensiven seelischen Spannungszustand vor etwaigen Granatverschüttungen, den speziell Nonne in Übereinstimmung mit anderen Autoren wieder betont, mag auch noch einmal in diesem Zusammenhange hingewiesen werden, wenn mir auch dessen pathogene Wertigkeit mit den hier gekennzeichneten Zustände nicht ohne weiteres identisch zu sein scheint. Wenn ich schließlich noch den schon erwähnten Sternschen Hinweis auf das Zusammentreffen von psychischen Erschütterungen mit hypnoiden Zuständen von schwerstem lähmenden Affekt oder verändertem Bewußtseinszustand bei Granatexplosionen und Manns gleichfalls in Freudscher Richtung sich bewegende Betonung der Verhinderung der Abreaktion des Affects durch die eintretende Bewußtlosigkeit anführe, so dürfte zur Genüge hervortreten wie bei allen Unterschieden in den Einzelheiten doch die allgemeine Erklärungstendenz sich so ziemlich in einheitlicher Richtung bewegt. In der Tat erscheint es ja ohne weiteres einleuchtend, daß psychische Ausnahmezustände, wie geartet sie im einzelnen auch sein mögen, daß Bewußtseinstrübungen, Affektzustände, Erschöpfungszustände usw. sich einer abnormen Lösung und Bindung der psychischen Elemente günstig erweisen, da eben in diesen Episoden allgemeiner seelischer Desequilibration einmal die natürlichen Beziehungen und Zusammenhänge der Einzelelemente an sich schon mehr oder weniger gestört, gelockert oder unterbrochen sind, und zum anderen die allgemein in dieser Zeit bestehende Minderung der psychischen Resistenz ohne weiteres auch eine größere Beeinflussung durch äußere wie innere Einwirkungen gestattet. Immerhin scheinen mir die Zusammenhänge, die man im einzelnen zur Erklärung herangezogen hat, doch noch gewisse Schwierigkeiten zu bieten, und so vermag ich beispielsweise bei der Bonhöfferschen Erklärung nicht zu übersehen, an was sich wohl der nach der Abspaltung vom Vorstellungsinhalt selbständig gewordene Affekt, d. h. also doch wohl jener durch das emotionelle Allgemeingefühl und die zugehörigen körperlichen Ausdruckserscheinungen gegebene einheitliche Komplex knüpft, wo er sich verankert und warum damit eine Fixierung grade nur der körperlichen Begleiterscheinungen, ja sogar nur von Teilen derselben Hand in Hand geht. Diese Schwierigkeiten scheinen mir auch nicht überwunden durch Mörchens Annahme einer von der körperlichen oder psychischen Schreckwirkung erzeugten psychischen Blockierung

[1]) Ref. diese Zeitschrift Ref. **13**, 593.

bestimmter Funktionskomplexe gewisser psychomotorischer und psychosensibler Mechanismen, die zwar psychisch aber nicht psychogen sei (also anscheinend biophysiologisch im Gegensatz zu psychologisch vermittelt), die in Analogie mit den posthypnotischen Suggestionswirkungen gebracht werden könne und im Grunde eine partielle Psychose darstelle. Daß aber ganz allgemein hier wenigstens ein einigermaßen gangbarer Weg sich öffnet, um dem Hysterieproblem, welches freilich ganz gewiß nicht allein von dieser einen Seite her erfaßt werden kann, näher zu kommen, erscheint mir unverkennbar.

Erheblich entfernt sich von allen diesen im wesentlichen doch psychologisch aufgebauten Erklärungsversuchen für die Entstehung der Kriegshysterien Bauer, der wohl im Sinne Fausers spricht. Nach ihm handelt es sich in Übereinstimmung mit jener schon anfangs wiedergegebnen ätiologischen Auffassung bei diesen Kriegshysterien um eine Dysfunktion der innersekretorischen Drüsen durch überstarke Reize, die durch ihre Wirkung auf das Zentralnervensystem zu psychisch und körperlich erkennbaren Störungen oder auch zu einer bloßen Empfindlichermachung des Nervensystems für neue Reize führe. Durch Fortfall von Gegenwirkungen, Gegenreizen, wie der Willensanspannung u. dgl., gegen die ursprüngliche Schädlichkeit, das psychische Trauma, könne sich die schreckbedingte Schädigungung der innersekretorischen Drüsen in ihrer toxischen Wirkung auf das Zentralnervensystem manifestieren und umgekehrt könnten durch psychische Therapie, Willensstärke u. dgl. die Gegenreize gegen das ursprüngliche schädliche Agens wieder wirksam werden und damit wieder zur Rückbildung der Symptome, d. h. zu normaler Funktion der innersekretorischen Drüsen, zur Wiederherstellung des Gleichgewichts führen. Zur Bewertung dieser Anschauungen sei noch mitgeteilt, daß verhältnismäßig wenige von den untersuchten Kriegshysterien positive Resultate ergaben, und zwar mit Abbauprodukten ganz verschiedener Organe (was nach Bauer der unbegrenzten Symptomatologie entspricht), daß negative Ergebnisse jedenfalls nicht selten waren.

Im großen und ganzen wird auch weiterhin der Wunsch, der Wille zur Krankheit als das fixierende Moment anerkannt. Einzelne lassen daneben noch andere Einflüsse gelten, so Gaupp etwa die ängstliche Spannung und Erwartung, Wollenberg das fehlende Gesundheitsgewissen usw. Mörchen erkennt auch unterbewußte Konfliktzustände, die Verdrängung als Fixationsfaktor an. Förster schwächt wenigstens den Begehrungscharakter ab, insofern er mehr einen phylogenetisch immanenten Instinkt der Selbsterhaltung u. dgl. annimmt, der übrigens nach der treffenden Bemerkung französischer Autoren[1]) von den vom Emotionsschreck Betroffenen trotz Verwirrtheit, Halluzinationen, Unorientiertheit aufs feinste bewahrt wird. Laignel-Lavastine[1]) nennt vor allem die Gewohnheit als häufiges Fixierungsmoment, womit freilich m. E. Wunscheinflüsse doch noch nicht ganz ausgeschaltet sind.

Strümpell nimmt insbesondere die psychopathische Konstitution für die krankhafte Fixation und Fortdauer jener ungehörigen Vorstellun-

[1]) Ref. diese Zeitschr. Ref. **13**. 593.

gen (des Nichtkönnens u. dgl.) in Anspruch, auf deren Hemmungseinfluß er gewisse hysterische Störungen zurückführt.

Mann macht vor allem gewisse therapeutische Ergebnisse gegen die Wunschfixierung geltend. Was solle wohl einen Hystericus veranlassen, die Wünsche nach dem Erwachen aus der Hypnose nicht weiter in sich wirken und also das krankhafte Symptom nicht weiter fortbestehen zu lassen?[1]) — Die gleichfalls dagegen sprechende unverkennbare echte Freude am eingetretenen therapeutischen Erfolg (Oppenheim u. a.) wurde schon früher in diesem Sinne erwähnt und umgekehrt lassen sich auch unverkennbare Enttäuschungen beim Mißerfolg (Fall von Levy-Suhl) in dem gleichen Sinne verwerten. Für Mann spricht auch die zufällige Heilung durch Schreck u. dgl. gegen die Wunschfixation, ein Einwand, der mir allerdings nicht beweiskräftig erscheint, da die Aufhebung der krankhaften Erscheinungen sehr wohl von anderen psychischen Momenten abhängen kann als die Entstehung wie ja überhaupt eine von bestimmten Faktoren erzeugte Wirkung durch andersartige aufgehoben werden kann. Jedenfalls scheint mir die einseitige Beschränkung des Fixationseinflusses auf Wunschfaktoren schon deswegen nicht gerechtfertigt, weil die Erfahrung —pathologische wie normalpsychologische — zur Genüge lehrt, daß dem Affekt ganz allgemein und unabhängig von einem besonderen Begehrungscharakter eine fixierende Tendenz innewohnt.

Des weiteren werden auch gegen die Fixationserscheinungen als besonderem Characteristicum der Hysterie mit Recht mancherlei Einwände geltend gemacht. Oppenheim fragt, wann der Übergang der schreckneurotischen Phänomene in die Hysterie erfolgt und woran er zu erkennen ist. Er verweist weiter auf die fixierten Schmerzen bei Neuropathen, die Zwangsvorstellungen u. dgl. hin und gibt so ähnlich wie Stertz Belege dafür, daß auch unabhängig von psychogenen Momenten die psychopathischen Anlagefaktoren als solche für die Fixation genügen können. In der Tat, glaube ich, wird man die pathologische Fixierung vielfach — nicht immer — für die allgemein-degenerativen Merkmale in Anspruch nehmen müssen.

Ist es übrigens denn nicht überhaupt eine klinisch heikle Sache, wenn man pathologischen Reaktivphänomenen bestimmter klinischer Grundlage (den schreckneurotischen) in dem Augenblick und nur deshalb eine veränderte klinische Stellung (als hysterische) zuweist, weil sie unter Wunscheinflüssen sich fixieren? So ist denn, scheint mir, allen diesen Dingen gegenüber vorderhand doch noch eine recht große Zurückhaltung angebracht, indem man darauf hinweist, daß 1. die pathologische Fixierung nicht ohne weiteres als lediglich psychogenes Phänomen, sondern als ein allgemein pathologisches angesprochen werden kann, daß 2. der Wunschfaktor nicht das einzige psychogene Fixierungsmoment, sondern nur das wichtigste neben manchen anderen ist, und daß schließlich 3. die pathologische

---

[1]) Wenn Mann übrigens erklärt, solche Erscheinungen, die der bewußten Beeinflussung vollständig entzogen sind, könnten auch niemals auf dem Wege der Hysterie verloren gehen oder abgeändert werden, so erscheint mir dies doch zu enggefaßt. Meines Erachtens könnte man höchstens sagen: solche Erscheinungen, die überhaupt keinerlei Beziehungen zum Psychischen haben.

Fixierung — psychogene Wunschfixierung — allein an sich noch nicht ausreichend erscheint, um pathologische Phänomene zu spezifisch hysterischen zu stempeln[1]).

Die für die Symptomengestaltung bestimmenden Faktoren finden sich vor allem bei Gaupp ausführlich zusammengestellt. Auf alle für die einzelnen Formen herangezogenen Faktoren, wie sie etwa Rosenfeld speziell für die Lähmungen anführt, kann im einzelnen nicht eingegangen werden. Erwähnt sei die Rolle, die Nonne grade bei den Kriegshysterien den angeborenen und im normalen Leben latenten Schutzmechanismen, den phylogenetischen Abwehr- und Verteidigungsvorrichtungen im Sinne Kraepelins zuweist. Wollenberg erklärt die Beibehaltung der natürlichen Schreckbegleiterscheinungen daraus, daß die Zeit für ungewöhnliche Symptomenbildungen hysterischer Art — zumal bei den nicht seltenen initialen schweren Bewußtseinsstörungen — nicht ausreiche. Die bestehenden Organminderwertigkeiten als lokalisierenden Faktor hebt u. a. Hirschfeld wieder hervor (z. B. Mutismus nach Granateinschlag, — von Kindheit an bestehende funktionelle Anfälle mit mehrstündigem Sprachverlust). Hirschfeld sieht gewissermaßen in der Gestaltung der psychogenen Störung einen Indicator für sonst latent und unbemerkt gebliebene organische Unzulänglichkeiten. Bemerkenswert sind auch mehrere andere Fälle von Hirschfeld mit imitatorischem Einschlag: Deren Väter waren Rentenempfänger, die zweimal sogar halbwegs ähnliche Funktionsbeeinträchtigungen aufwiesen wie der Sohn. In einem Falle v. Wagners stellte sich ein typisch Paralysis-agitans-artiges Zittern nach psychischem Trauma bei einem Soldaten ein, dessen Vater an der Erkrankung leidet. Erwähnt sei in diesem Zusammenhange auch noch die tatsächliche Feststellung von Simons, daß von 22 (unverletzten) Rechtshändern in einem Lazarett nur 4 eine Rechts-, 18 eine Linkslähmung bekamen, während die Beine ohne Unterschied befallen wurden. Auf einige gelegentlich herausgehobene Differenzen im klinischen Bilde der Kriegsneurosen gegenüber den Friedensunfallneurosen: Zurücktreten der mürrisch-hypochondrischen Verstimmung (Wollenberg, ähnlich auch Erben) besondere Massivität und „Naivität" der Symptome (Wollenberg), Übergewicht der auffallenden Formen (Gaupp) usw. sei schließlich auch nochmals hingewiesen.

Raimannn erneuert bezüglich des Verhältnisses von organischen zu psychogenen Symptomen auf Grund des Kriegsmaterials die Erfahrung, daß die Hysterie namentlich dann einspringe, wenn die grob materiellen Verletzungsfolgen dem Krankheitsbedürfnis nicht genügten, womit er also für die autosuggestiv-hypochondrische Erzeugung hysterischer Symptome bei Kriegsbeschädigten nicht mehr viel

[1]) Ist die Wunschpsychogenie, die Wunschfixierung u. dgl. ein wesentlicher Bestandteil der Hysterie, dann gehörte sie unbedingt mit in die Krankheitsdefinition. Die jüngst gegebene Hysteriedefinition Strümpells (abnorme Steigerung oder Veränderung der Nervenfunktionen infolge Störung der normal geregelten Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewustseins und den organischen Funktionen) beweist ebenso wie die Kennzeichnungen anderer Autoren, daß man jene Momente auch jetzt durchaus noch nicht allenthalben als grundlegende hysterische Merkmale anerkennt.

Raum läßt. Das Vorkommen hysterischer Stigmen und Reaktionen bei schweren Kriegsverwundeten und Kranken, die als unmittelbar zwecklos aus einem Krankheitswunsch nicht abgeleitet werden können, erklärt er aus der Tatsache, daß die Hysterie ja nicht nur verzerrter Affektausdruck, sondern auch krankhafte Affektfolge sei. Erwähnung mag hier auch noch seine zwar nicht das klinische Wesen der Störungen voll erfassende, aber immerhin psychologisch ganz bezeichnende Charakteristik von Neurasthenie und Hysterie finden. Er nennt die Neurasthenie die Neurose der gesteigerten Selbstbeobachtung, die für ihr Krankheits- und Insuffizienzgefühl hauptsächlich subjektive Symptome findet, die Hysterie die Neurose der Umwandlung des Krankheitsgefühls in zur Schau getragene Krankheitsymptome[1]).

Der organischen Determinierung funktioneller Symptome sei schließlich noch die für differentialdiagnostische Erwägungen ins Gewicht fallende funktionelle Beeinflussung organischer Störungen gegenübergestellt. In Betracht kommt nach Gerhardt für die Lokalisation und Ausdehnung bei den motorischen Lähmungen die Überanstrengung und Abnutzung einzelner Muskeln und Muskelgruppen im Sinne der Edingerschen Aufbrauchtheorie, sodann die funktionelle Zusammengehörigkeit von Muskeln und die geringere Widerstandsfähigkeit einzelner Nerventeile, bei den sensiblen Lähmungen eine von Haus aus geringere Widerstandsfähigkeit bestimmter Gebiete sowie eine allgemeine Prädisposition einzelner Teile z. B. distaler für sensible Störungen.

In der Simulationsfrage will es mir scheinen, als ob sich nun doch die Stimmen mehrten, die frank und frei bewußte Übertreibung und Vortäuschung bei Soldaten als durchaus nicht etwas Seltnes anerkennen (Wilmanns, Gaupp, Cimbal u. a., im Gegensatz dazu auch jetzt noch u. a. Nonne). Man darf erwarten, daß diese Sache nach dem Kriege durch Vorlegung des Beweismaterials einwandfrei klargestellt wird. Voss hebt übrigens die Häufigkeit von Schädelverletzungen unter den simulationsverdächtigen Soldaten hervor. Für v. Wagner ist die übergroße Freude bei den rasch erzeugten Wunderheilungen simulationsverdächtg. v. Wagner erwähnt auch eine Simulation von Taubheit und Stummheit, mit der ein tschechischer Soldat die vorangegangene Desertion zu verhüllen suchte, Hübner eine durch mehrere Monate geglückte Simulation von Melancholie.

In prognostischer Hinsicht haben sich weiterhin kaum wesentlich neuartige Gesichtspunkte und Erfahrungen ergeben. Was man bezüglich der Dienstfähigkeitsaussichten bei diesen Kriegsneurosen zu erwarten hat, lehren am besten die später anzuführenden Wilmannsschen Zusammenstellungen.

Die Therapie der kriegshysterischen Störungen hat sich allmählich

---

[1]) Meyers Unterscheidung von Neurasthenie und Psychogenie als Reaktionen der gleichen Grundlage, aber verschiedener biologischer Rangstufe (erstere die höherstehende ohne grobe Ausdrucksformen, letztere die primitivere mit sinnfälligeren Entäußerungen) will mir nicht ganz einleuchten, falls mit Neurasthenie die Erschöpfungsnervenschwäche gemeint ist.

zu einer neurologischen Spezialwissenschaft ausgewachsen, die die gesamte militärische Organisation bis hin zum Modus der Dienstentlassung und Rentenfestsetzung regelt. Unter den Methoden stehen die aktiv aufs Ganze gehenden „energischen", die Pappenheim übrigens auch prophylaktisch zur Vorbeugung von Rückfällen in Betracht zieht, durchaus an erster Stelle. Allen voran die „elektrische Radikalbehandlung", die Kaufmannsche Überrumpelungsmethode. Für sie und ihre eindringlichen und prompten Erfolge haben sich bereits so zahlreiche Autoren — Nonne, Wilmanns, Wollenberg, Rieder, Homburger, Pilzecker u. Räther (97% Heilungen!) auch Mendel (allerdings unter Hinweis auf strenge Auswahl) und viele andere — ausgesprochen, so daß es Pflicht ist, nachdrücklichst darauf hinzuweisen. Schultze hebt die ausgesprochen psychologische Natur der Methode hervor, die nichts weniger als eine körperliche Behandlung, eine Überrumplung oder gar Torpedierung sei, vielmehr die im seelischen Leben wirksamen Faktoren und Machtmittel vernünftig ausnutze. In besonderem Maße psychologisch sei die paradoxe Tatsache zu deuten, daß die vorhandene Shockwirkung durch einen neuen, experimentell erzeugten und willkürlich abgestuften Shock beseitigt wird. Neumann nennt sie eine logisch wohldurchdachte und mit äußerster Konsequenz durchgeführte Behandlungsmethode, die, rasch und zuverlässig, auch in veralteten Fällen, ihren Zweck erfüllt und auf die Rentensätze oft sehr stark reduzierend wirke (wofür übrigens Wilmanns an nachträglich erneuter Behandlung Unterzogenen zahlenmäßige Belege bringt). Was sich gegen sie sagen läßt, hat im wesentlichen Mann hervorgehoben: die grausame — später zurückhaltender: die brüske — Behandlung grade der im Kriegsdienst Erkrankten, die festgestellten Todesfälle (Köster und Liebermeister haben speziell Fälle von Thymustod bei elektrischen Starkströmen beobachtet), die Mann allerdings bei ausschließlicher Verwendung des faradischen Stroms als vermeidbar erhofft und schließlich die gelegentliche Auslösung hysterischer Zufälle. Im übrigen wird vielfach der Dauererfolg der Heilung bezweifelt (Binswanger), speziell auch im Hinblick auf das Zurückbleiben der hysterischen Gesamtpersönlichkeit (Voss), Paschen weist auf Fälle hin, die sich gegen die Kaufmannsche Methode ebenso wie gegen die Hypnose refraktär verhalten und Oppenheim läßt sogar trotz gewisser Anerkennung der überraschenden Wirksamkeit noch die Frage offen, ob die definitiven Erfolge im richtigen Verhältnis zu den Schädigungen stünden. Nun hat Kaufmann selbst die Schroffheit der Methode in gewissem Sinne abgeschwächt, so daß manches an den vorgebrachten Bedenken dadurch mehr oder weniger gegenstandslos geworden sein dürfte. Für Hirschfeld ist übrigens sogar die Kaufmannsche Indikationsstellung: Überrumplung erst nach Abklingen der akut neurasthenischen Erscheinungen noch zu vorsichtig. Mag nun schließlich, wie ja verschiedentlich hervorgehoben, die Kaufmannsche Behandlungsart an sich nicht neu sein, so dürfte doch, was ziemlich allgemein anerkannt, ihr systematischer Ausbau und ihre besondere Anpassung an die bei den Kriegsneurosen vorliegenden innern und äußern Verhältnisse und die methodische Art ihrer Durchführung dazu berechtigen, sie als eine eigenartige und selb-

ständige herauszuheben, um so mehr als auch ihre große praktische Bedeutung eine solche Sonderstellung rechtfertigt.

Die Zahl der sonstigen mehr oder weniger empfohlenen und erprobten Behandlungsweisen ist Legion. Es überwiegen insbesondere die der Kaufmannschen Methode nahestehenden shockerregenden und suggestiv wirkenden. Es genügt hier, sie im Telegrammstil nebeneinander zu stellen. Künstliche Shockerzeugung mit starken sinusoidalen Wechselströmen (Liebers). Übung mit Suggestion unter Anwendung immer stärkeren faradischen Stroms (Gonda), sekundenlange Fulguration am Röntgenapparat unter suggestiver Vorbereitung (Nesnera). Scheinoperation in Narkose (Goldstein-Rothmann; — Voss: pia fraus!). Ähnlich Hirschfeld: suggestive Narkose; Dub: suggestiver Ätherrausch (Vorsicht: Erregungszustand beim Wachwerden), Dub auch suggestive Röntgenbeleuchtung (wobei man weiter nichts als „Ha!" sagt); dann weiter: Weichbrodt: Dauerbad; Podmanicky: Lumbalpunktion (speziell bei Rückencontracturen) u. a. m. Aus den Dubschen Erfahrungen ist übrigens manches erwähnenswert: Nach der Behandlung gab es oft Polyurie, Tränen, Schluchzen, Durchfälle, Umarmungen usw., also anscheinend eine ganze Stufenleiter hysterischer Reaktionen, von denen andere Autoren bisher nicht viel berichtet haben. Auch schilderten die Patienten, die vorher fast stets stumpf in der Ecke des Zimmers mit in den Schoß gefalteten Händen ohne Interesse für ihre Umgebung saßen, später ihre furchtbaren seelischen Qualen. Nächtliche Überraschungsversuche verliefen übrigens stets negativ. Ein Patient meinte, mit der Heilung hätte es ja bis nach dem Kriege Zeit.

Auch sonst werden die verschiedensten Hilfsmethoden herangezogen. Sommer verwertet den experimentell-psychologischen Nachweis erhaltner Hörfähigkeit zur Bahnung der akustisch motorischen Reflexe und Durchbrechung des krankhaften Reflexunterdrückungszwanges bei funktioneller Taubheit. Marx wendet mit gutem Erfolge bei funktionellen Stimm- und Sprachstörungen die Wiederübung der verlorengegangenen Sprachbewegungsvorstellungen an (zahlreiche Heilungen, größtenteils in einer Sitzung). Curschmann erleichtert bei hysterischen Aphonien die Einbahnung des Tons durch Summen von Konsonanten vor den Vokalen, bei Lähmungen die Einbahnung der paretischen Willkürbewegung durch symmetrisches Mitbewegenlassen der intakten Gegenseite; Stulz sucht die fehlerhaften Innervationen zu beseitigen, indem er den Patienten auf der gesunden Seite die betreffenden Bewegungen und Stellungen nachahmen läßt und ihn so bei der Durchführung seiner Rolle (!) unsicher macht. Das Maß des erfolgenden Widerstandes soll dabei einen gewissen Maßstab für etwaige Aggravation abgeben und daher auch für die Simulationsfeststellung verwertbar sein. In ähnlichem Sinne glaubt übrigens Bauer die verschiedenen Reaktionen bei der Shocktherapie für die Differenzierung von Simulation und Aggravation gegenüber Hysterie verwerten zu können.

Des weiteren wäre dann noch die individualisierte Isolierkur (psychische Abstinenzkur) Binswangers (ähnlich auch Förster), energische militärische Erziehung, Reedukation durch militärisches Turnen als Nachbehand-

lnng[1]) (Wollenberg, Rieder) nntzbringende Beschäftigung gegen Entgelt (Voss, Aschaffenburg n. v. a.) zu nennen.

Jedenfalls sind bis hin zur Druckpunktbehandlung (Lange) die verschiedensten Dinge herangezogen, und der übliche therapeutische Schematismus und die Passivität sind einer stark aktiven bis ins einzelne durchgearbeiteten Behandlnngweise gewichen, für deren Brauchbarkeit jeder Autor seine Erfolge ins Feld führen kann. Sehr ungünstig über die Behandlungsaussichten bei der Kriegshysterie spricht sich eigentlich nur S. Meyer ans. Alles Wesentliche für die Therapie hat man im übrigen schon ziemlich beisammen, wenn man die Kanfmannsche Methode und die Nonnesche Hypnosebehandlung einerseits, die nutzbringende Arbeitstherapie auf der andern heranshebt. Und zum Schlnß mag dann noch die allgemeine Wollenbergsche Forderung: scharfe Indikationsstellung, individuelle Auswahl und Dnrchführung des einmal begonnenen Verfahrens unter ausgesprochener psychischer Beeinflussung, sowie die auf der Münchner Tagung erfolgte prophylaktisch-therapeutische Amegung znr Errichtung von psychiatrischen und neurologischen Genesungsheimen bei mobilen Formationen und in der Etappe Erwähnung finden.

Die nervösen Granatexplosionsstörungen bedürfen noch einer Sonderbesprechung. Hoffmann weist auf die Ähnlichkeit im Aussehen der eben Verschütteten mit dem „krystallisierten Schrecken beim Basedow“ hin, insofern oft die Zeichen eines „Basedowoids“, weitgeöffnete Lidspalten, leichtes Hervortreten der Angäpfel, seltener Lidschlag, Pnlsbeschleunigung, Neigung zum Erschrecken und Schwitzen, znweilen Druckempfindlichkeit der Schilddrüse beständen. Die bereits früher erwähnte Sensibilitätsstörung am äußeren Ohr erklärt er für ein entscheidendes Abgrenzungsmerkmal der Detonationsverletzung gegenüber der Berufsschwerhörigkeit. Übrigens hält er unter den Detonationsschädigungen des Ohrs im jetzigen Kriege solche von seiten des N. vestibularis, richtige Gleichgewichtsstörungen, für außerordentlich selten. Die Frage, wieweit die Explosionsschädigung des Ohres eine funktionelle sei, nennt er noch eine offene. Gegen den funktionellen Charakter spreche die allmähliche Besserung, vor allem aber die parallel laufende Einschränkung an der oberen Tonskala sowie die Einseitigkeit der Erkrankung. Gegen eine vorschnelle Festlegnng auf die funktionelle Natur wendet sich seine Angabe, daß er unter zahlreichen, im Schützengraben entstandenen sog. Schließerparesen keine ohne organische Läsion der Stimmlippen sah.

Das ungeahnt häufige Vorkommen organischer Verändernngen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen, anch unabhängig von groben Verletzungen, wird wiederum von Aschaffenburg betont. Er sah viele Fälle von Granatschädigung ohne nervöse Störungen, aber mit geringen Fnnktionsabweichungen, die nur durch lokalisierte organische Schädigungen zu erklären waren. Von einer größeren Zahl in den ersten 24 Stunden nach Verlassen des Schützengrabens untersuchten gesunden

[1]) „Service spécial de réeducation“ in der französischen Kriegsliteratur s. diese Zeitschr. Ref. **13**, 594.

Soldaten fehlten nur bei einem Zehntel unverkennbar organische Zeichen, die nach den von Petsch an Unfallverletzten nach schwerer Granatbeschießung gemachten Beobachtungen zum Teil innerhalb acht Tagen schwanden. Wahrscheinlich handle es sich um nekrotische Schädigungen durch den Luftdruck (den Knoll übrigens allein für genügend hält, um unter Umständen die Leute zu töten). Blutprüfung mit Nicol zeigte, daß Kohlenoxydvergiftung dabei nur von nebensächlicher Bedeutung war. Aschaffenburg betont den Wert dieser Erfahrungen für das Verständnis der traumatischen Demenz.

v. Sarbos einseitig organischer Standpunkt bezüglich gewisser Granatexplosionsfolgen wurde schon vorher gewürdigt. Auf organische Grundlagen scheint auch S. Meyer hinzuweisen, indem er den Explosionsshock, der sonst ohne Verwundungen mit Ausnahme der Trommelfellzerreißungen einhergehe, als erste und mittelbare Wirkung die Betäubung aufweise und die gemeinsame Ursache aller nervösen Granatexplosionsstörungen bilde, besonders heraushebt und von diesen Explosionsshockneurosen durchaus die Krankheitsbilder nach psychischem Shock als weder im Symptomenbild noch im Verlauf im mindesten ähnlich, trennt. Bei ersteren findet er auch im Gegensatz zu letzteren keine Anhaltspunkte für das Mitsprechen dispositioneller Faktoren.

Vier verschiedene Krankheitstypen sind dabei nach Meyer zu unterscheiden: 1. der der Funktionshemmung durch Gehirnshock, der klinisch unmittelbar übergeht in 2. die Epilepsie nach Explosionsshock, 3. die Hysterie und 4. die Hypochondrie durch Explosionsshock.

Den Krankheitstyp der psychischen Funktionshemmung durch Gehirnshock — ausgezeichnet durch eine nicht weiter besserungsfähige Schwerhörigkeit sowie seelische Apathie und Stumpfheit, wozu sich gern noch ein unregelmäßiges, nicht hysterisches Zittern von intentionalem Typ beigesellte — hält Meyer für einen ganz neuen. Er weiß als Analoga nur vereinzelte, nach elektrischen Unfällen von ihm beobachtete Symptomenbilder, wo bei sonst lebhaftem Charakter eine auffällige Trägheit sich einstellte, anzuführen.

Die psychogenen Apathiezustände, Emotionsstuporerscheinungen u. dgl., wie sie nach Granatexplosionen beobachtet werden, zieht er weder differentialdiagnostisch noch sonstwie heran. Die Prognose hält er für ziemlich ungünstig.

Die Epilepsie nach Explosionsshock hält Meyer nicht für häufig. Er vermag auch nur zwei einwandfreie Fälle zu erbringen, von denen der eine seinem ganzen Verhalten nach in die erste Gruppe gehört, der andere den Anfall nicht im Anschluß an die Betäubung, sondern (ebenso wie zwei weitere weniger unzweifelhafte Fälle) später bekam. Die Fälle entwickelten sich im übrigen — im Gegensatz zu den sonstigen recht zahlreichen im Felde entstandenen (!) Epilepsien, die im Lazarett zum Stillstand kamen — sämtlich ungünstig, was Meyer mit dem Vorliegen einer Disposition bei jenen, mit dem Fehlen einer solchen bei den Explosionsshockepilepsien in Zusammenhang bringt. Außer durch gehäufte und schwere Anfälle waren diese Fälle auch noch durch Neigung zu Absencen ausgezeichnet. Im

übrigen meint Meyer, ob es sonst eine traumatische Epilepsie gebe, vermöge die vorliegende Frage nicht zu entscheiden, denn der Explosionsshock sei eine so eigenartige Schädigung, daß die Friedenserfahrungen über Unfallfolgen sich nicht einfach auf ihn übertragen lassen.

Die „Auslösung“ einer Hysterie spricht Meyer als die häufigste Explosionsshockwirkung an. Charakterisiert sei sie durch die Schwere der Krankheit und ihr Auftreten ohne Disposition. Ob es sich dabei um eine Schreckwirkung oder um was sonst handelt, läßt er unentschieden. Nach seiner entschiedenen Trennung des von ihm behandelten Explosionsshocks vom psychischen Shock dürfte doch eigentlich eine psychische Genese gar nicht in Frage kommen. Von der ersten Gruppe unterscheide sie das Fehlen von funktioneller Ertaubung oder auch nur erheblicher Gehörstörung — die hysterische Taubheit dabei außer Betracht gelassen. Als Einzelformen nennt Meyer Anfälle, Lähmungen, Zittern. Die Anfälle können äußerst schwer sein, kennzeichnen sich aber durch die Affektähnlichkeit und wirkliche Affektentladung und können im Gegensatz zu den epileptischen schon sofort nach dem Erwachen aus der Betäubung auftreten. Das Zittern hat die Form des groben Wackelns mit Unterbrechungen durch choreiforme Zwischenstöße, und bei den Lähmungen überwiegen die Paraplegien. Das Stottern rechnet Meyer zum Zittern, ein geringes Anstoßen geradezu zum Durchschnittstyp der Shockerkrankung überhaupt.

Bei den Hypochondrien überwiegt analog den gewöhnlichen Unfallneurosen die hypochondrische Geistesverfassung mit ihren bekannten Merkmalen, wobei Meyer für manche Fälle eine entsprechende Disposition als Grundlage gelten läßt.

Die prinzipielle Trennung dieser Krankheitsbilder nach Explosionsshock von den psychogenen Störungen infolge Granatexplosion dürfte kaum allgemeine Anerkennung finden. Des weiteren wird man nach den Ursachen für die Verschiedenheit dieser von Meyer selbst als so verschieden wie nur möglich hingestellten Krankheitstypen fragen müssen, da alle doch dem gleichen organischen Shockgeschehnis ausgesetzt waren und die Disposition, die man sonst heranzuziehen pflegt, anscheinend für Meyer nicht weiter in Betracht kommt. Es wären dann also im wesentlichen nur Verschiedenheiten des Grades der Einwirkung in Frage zu ziehen, die zur Erklärung gewiß nicht ausreichen. Meyer selbst erkennt übrigens eine grundsätzlich verschiedene Wirkung für den Shock an, je nachdem er das Gehörorgan empfindlich geschädigt hat oder nicht, ohne daß er aber die verschiedene Art der Wirkungsweise klarstellt.

Bezüglich der initialen Bewußtseinsstörung bei den Granatexplosionsneurosen betont Nonne, daß auch eine längere Dauer derselben an sich noch nicht gegen den funktionellen Charakter der Störung spricht. Auf das häufige Fehlen einer Bewußtlosigkeit infolge Betäubung weist wiederum Gaupp auf Grund zahlreicher Erfahrungen hin. Es handle sich in der Regel um eine psychogene Ohnmacht mit nachfolgendem Stupor, um seelische Shockerscheinungen. Ähnlich berichtet Räcke von Beobachtungen an Verschütteten auf dem Hauptverbandplatz.

wonach die angebliche Bewußtlosigkeit entweder mangelhafte oder verkehrte Reaktion auf äußere Reize oder bereits hysterischer Stupor war. Seine Verschütteten boten übrigens fast regelmäßig hysterische Zeichen (Abasie, Mutismus, Kreisbogen, Krämpfe). Äußere Verletzungen waren in der Regel überhaupt nicht vorhanden. — Zur Frage der Gedächtnisstörungen bei Granatkontusion bringt Schwarz einen organischen Beitrag: Korsakoffscher Symptomenkomplex mit delirantem Initialstadium phantastischen Einschlags, umfassenden Gedächtnisstörungen, retrograder Amnesie, zunächst bis auf drei Jahre zurückreichend, Merkschwäche, außerdem phantastische, auch suggestiv beeinflußbare Konfabulationen und körperlich Augenmuskelparese. Der organische Charakter der Gedächtnisstörung, bei der Alkoholismus ursächlich übrigens nicht in Frage kam, konnte noch durch experimentell-psychologische Untersuchungen gestützt werden.

Die psychogenen Granatexplosionspsychosen werden zweckmäßig im Zusammenhang mit den sonstigen psychisch bedingten psychotischen Zuständen Erwähnung finden. Es bleiben vorerst noch ein paar symptomatologische Feststellungen anzuführen.

Kastan weist auf den Wegfall erlernter Mitbeweguugen sowie das Wiederauftreten unzweckmäßiger, durch Übung ausgeschalteter Bewegungen in krankhaften, speziell auch psychogenen Zuständen hin.

Schuster führt als seltenere neurotische Zeichen an: Bulbuszittern, träge Lichtreaktion der erweiterten Pupillen, erhebliche Herabsetzung der Kniereflexe, auf ein Glied beschränkte myotonische Nachdauer der willkürlichen Muskelinnervation, nicht hysterische, möglicherweise durch traumatische Muskelreizung bedingte Contractur der langen Fingerbeuger. Er erwähnt im übrigen u. a. auch eine hysterische Contractur des M. tibialis post. nach Malleolarfraktur.

Erben stellt als objektive Symptome einer Schüttelneurose fest: geräuschvolle Atmung gleich am Anfang der Untersuchung; der bald auftretende allgemeine Schweißausbruch; Verstärkung des Zitterns bei Verwendung der zitternden Muskeln zu einer Aktion; Abklingen der Zuckungen bei Ausschaltung der willkürlichen Innervation, Abschwächung und Verschwinden des Krampfes bei raschen passiven Bewegungen; Variation des Schüttelparoxysmus mit der Raschheit oder Langsamkeit der aktiven Bewegungen; Differenzen zwischen Haltung und Bewegung; hochgradige dauernde Tachykardie im Schüttelkrampf, Unterdrückung des Zitterns durch entsprechende Faradisation. Er betont im übrigen, daß die Krämpfe zwar unwillkürlich und nicht ideogen sind, aber vom Willen gefördert, durch den Willensimpuls gebahnt würden.

Lang schildert Kriegsfälle von traumatischer Vestibularneurose, die symptomatologisch im großen ganzen durch die in der Regel erhöhte Vestibularreizbarkeit bei objektiv unbeschädigtem Organ, die Klagen über Schwindel sowie den neurasthenischen Charakter, gekennzeichnet sind.

Nach Bauers Beobachtungen fallen Anomalien der Zeigereaktion beim Báránvschen Zeigeversuch, Anomalien des Schätzungsvermögens für Gewichte, sowie Adiadochokinesis auch in den Rahmen funktioneller,

speziell psychogener Neurosen, und zwar als funktionell bedingte bzw. psychogene Symptome, die in den meisten Fällen als Indicatoren einer anomalen Funktion der Kleinhirnhemisphären zu gelten haben. — Mendel führt einen traumatischen (Hufschlag ins Gesicht) Fall von cerebellarem Symptomenkomplex an, mit hysterischem Einschlag der nicht rein objektiven Symptome, (der Gangstörung, der Kopf- und Körperhaltung, der Ataxie) und halbseitiger Parese. Außerdem eine schnell geheilte monosymptomatische Hysterie in Form einer Chorea electrica entstanden nach kalter Dusche im Lazarett.

Eine Anzahl Gehstörungen psychogenen Charakters demonstriert Westphal: Imitationen organisch bedingter Lähmungen, Hemiplegie, schlaffe und spastische Paraplegie, im Anschluß an einen hysterischen Dämmerzustand oder hysterische Anfälle entstanden; ein Fall mit zeitweiligem hysterischen Strabismus und doppelseitiger schlaffer Ptosis. Sodann Fälle mit ganz ungewöhnlichen Gangabweichungen; der eine mit wunderlichsten Rumpf- und Extremitätenverdrehungen und Verrenkungen im Gefolge der hypochondrischen Vorstellung, der Körper sei durch Rippenbruch seines Halts beraubt, durch Nachweis am Röntgenbild geheilt; ein anderer mit exzessiven Auswärtsdrehungen des Fußes beim Gehen; ein weiterer mit völliger Fußumdrehung (Hacken nach vorn, Zehen nach hinten), anscheinend infolge Contracturzustand der betreffenden außendrehenden Muskelgruppe, wobei vielleicht Abwehrbewegungen gegen die durch die Kontusion hervorgerufenen Schmerzen und eine durch diese bedingte Zwangshaltung autosuggestiv gesteigert und fixiert wurden. Weiter Fälle von pseudospastischer Parese mit Tremor in verschiedenen Ausprägungen, wobei Westphal die funktionelle Natur eines unerschöpflichen Fuß- und Patellarklonus betont. (Vgl. auch Hennebergs Fall von hysterischem Fußklonus, der sich in nichts von einem organischen unterschied.) Unter diesen Fällen von „Myotonia clonica trepidans" solche mit trepidanter Astasie, mit trepidanter Abasie, saltatorischem Reflexkrampf wie beim Schuhplatteln — dieser durch psychische Infektion imitatorisch entstanden. Als psychische Komplikationen fanden sich Zustände von hysterischer Pseudodemenz.

Die verschiedensten Formen von Gangstörungen bei Schreckneurosen erwähnt auch Löb: Kleben der Füße am Boden, unsicherer Gang, ruckweises Balancehalten, kleine, trippelnde Schritte, watschelnd-breitbeiniger Gang, tabesähnlicher, spastisch-breitbeiniger mit hysterischen Krampfanfällen bei versuchter Annäherung der Beine. Löb betont übrigens die Häufigkeit von Plattfüßen und vorangegangenen Rheumatismen bei derartigen Störungen.

Oppenheim trennt nach wie vor die unbeständige hysterische Form von Mutismus, Aphonie oder Taubstummheit von der absoluten, unter allen Bedingungen bestehenden, weder auf Vorstellungen noch auf psychischer Hemmung begründeten und läßt bloße Intensitätsunterschiede nicht gelten.

Muck unterscheidet zwei Formen von Mutismus: solche mit Hypokinese der Adductoren und solche mit Parakinese. Er erwähnt eine plötz-

liche Aphonie infolge hysterischen Krampfzustandes der Halsmuskeln (Zusammenschnüren des Kehlkopfeingangs beim Sprechen), die plötzlich im Anschluß an heftiges Husten nach vorherigem wochenlangen Aufenthalt im Granatfeuer entstand. In einem andern Muckschen Falle war eine totale Aphonie nach Halsflankenschuß infolge rechtsseitiger funktioneller Adductorenlähmung und linksseitiger Recurrenslähmung zustandegekommen. In einem weiteren bestand funktionelle Aphasie, Alexie und Agraphie bei Erhaltung des musikalischen Gehörs und der Nachsingfähigkeit. Donath erwähnt eine eintägige Aphasie nach psychischem Trauma. Marx führt die seltene Erscheinung eines schweren Spasmus inspiratorius der Stimmbänder an.

Bauer sah Anfälle von Atemnot („Windhundatmen") ohne Bewußtlosigkeit mit zeitweiligem Ausstoßen eigentümlicher Töne bei einer Kriegshysterie, regelmäßig bei der ärztlichen Visite auftretend. Außerdem stellte sich zeitweise, unabhängig von den Anfällen, eine Facialislähmung ein. Weiter beobachtete Bauer eine Harnverhaltung bei einer Kriegshysterie mit ausgesprochener Pseudologia phantastica und renommistischer Lügenneigung, sodann einen lebensbedrohlichen allgemeinen Körperzustand nach Darmerkrankung und ungenügender Nahrungsaufnahme, bei dem der Verdacht einer Tuberkulose („Peritonitis") bestand, aber energische psychische Behandlung Heilung brachte. Der Fall bot übrigens auch psychische Abweichungen (leicht gereizt; erklärte, er habe aufbrechende Darmgeschwüre, behauptete auf Grund von Bibelstellen, man versündige sich an ihm usw.).

Mann heilte eine bereits ein Vierteljahr Tag und Nacht bestehende Blaseninkontinenz nach Verschüttung durch einmalige kräftige, intraurethrale Faradisation völlig.

Trömner führt einen Fall von Rumination an, der ein Jahr vor Kriegsbeginn einige Wochen lang Magenkatarrh mit Erbrechen gehabt, im Felde an nervösen Herzbeschwerden gelitten, nach aufregender Gerichtsverhandlung später regelmäßiges Erbrechen bekam, das nach Krankenhausbettruhe in reguläre Rumination sich verwandelte und suggestiv geheilt wurde.

Auf hysterische Störungen nach Infektionskrankheiten im Kriege weist Nonne besonders hin. Stertz hebt bei Typhusrekonvaleszenten die häufige psychogene Verstärkung von Typhusfolgesymptomen — Reiz- wie Ausfallserscheinungen (Extremitätenparesen, posttyphöse Neuritisüberlagerungen, Tremor, Ataxieerscheinungen usw.) — hervor. Er sah bei ihnen auch Anästhesien, Zuckungen, hysterische Chorea, hysterische Anfälle u. a. m. Die posttyphösen Schwächezustände hält er für einen besonders geeigneten Boden zur Ausbildung hysterischer Symptome. Bei den häufigen posttyphösen Tremorformen nimmt er einen verschiedenen Ursprung an. Cimbal weist übrigens auf das Zittern als Rassenanlage und familiäre Erscheinung bei gewissen Volksstämmen hin.

Donath beobachtete nach einem chronischen Gelenkrheumatismus einen permanenten hysterischen Streckkrampf der Beine.

Mann erwähnt pagodenhafte Schüttelbewegungen des Kopfes nach

Granatverschüttung (Patient hat angeblich beim Vorbeisausen der Granaten unwillkürlich seitwärts ruckende Kopfbewegungen gemacht); des weiteren hysterische Contractur der Rückenmuskeln mit stark kyphotischer Krümmung und hysterischer Beinparese; sodann einen tonischen Dauerkrampf der kleinen Halsmuskeln nach oberflächlicher Schußverletzung der Halsgegend.

Dub erwähnt psychogene Fälle mit Flügelschlagtremor weiter mit spastischer Kyphoskoliose, Kontorsionen in Gestalt von Trommeln, Caput obstipum, seitlich hüpfendem Gehen u. a. m. Ein Fall von hysterischem Hemmungszustand sprach abgehackt, alle Minuten etwa eine Silbe, bot schiefe Kopf-, ständig offene Mundhaltung, langsamen Gang mit kleinen Schritten. Flatau sah hysterischen Hochstand der Schulter, ferner eine der Serratuslähmung ähnliche Schulterblattstellung infolge Contractur verschiedener Muskeln. Levy erwähnt einen grobschlägigen, im Sekundentempo erfolgenden, dauerndes Schnüffeln erzeugenden Tremor der ganzen Bauchmuskulatur nach Granatexplosion, wobei die Atmung unabhängig daneben weiterging.

Unter Hirschfelds Kriegsneurosen finden sich mehrere mit hysterischer Tetraplegie (neben Mutismus), einer mit allgemeiner schwerer choreatischer Bewegungsstörung, Mutismus und starker motorischer Schwäche der Extremitäten, weitere nur mit choreatischer Bewegungsstörung, einer mit Ertaubung und Kraftlosigkeit der Hände und Unterarme, sodann Fälle von hysterischer Hemiplegie, mit Hypoglossus- und Facialisbeteiligung, ein Fall mit totaler Empfindungslähmung des ganzen Körpers ohne motorische Symptome, ein Fall von Stottern bei Narbe am Kopf über dem Brocaschen Zentrum, ohne Knochenverletzung.

Lotmar führt einen Fall mit allmählich nach halbjährigem Felddienst eingetretener funktioneller Parese der linken Extremitäten und gleichfalls funktionell gearteter Empfindungsstörung an, der außerdem Gefäß- und Schweißstörungen, diffuse Muskelabmagerung und Gelenkatrophien bot. Nach Lotmar sind hier infolge einer schmerzhaften organischen Erkrankung der linksseitigen Extremitätengelenke Bewegungsstörungen und reflektorische Muskel- und Gelenkatrophien aufgetreten. Zu der durch Schmerzen ausgelösten Schwäche, die sich weiterhin auf psychogenem Wege zu hochgradiger Parese steigerte, haben sich dann — ebenfalls auf psychogenem Wege — die sensiblen, vasomotorischen und sekretorischen Störungen gesellt.

Die vasomotorischen Störungen unter den Kriegsneurosen betont besonders auch Schneider (s. später). Die Bedeutung etwaiger traumatisch entstandener lokaler Angioneurosen und der durch sie bedingten fremdartigen Organgefühle als Material für die weitere psychische Verarbeitung bei funktionellen Extremitätenlähmungen hebt Wollenberg hervor und eine ähnliche Rolle weist Rosenfeld gewissen im Moment der Verletzung entstehenden Funktionsveränderungen im vasomotorischen System der betreffenden Extremität an.

Mendel erwähnt eine schwere trophische Störung nach Granatsplitterverletzung der Hand ohne direkte Nervenverletzung: blaurote, sehr

feuchte, mit Schrunden und blutunterlaufenen Stellen behaftete Hohlhand, großfetziges Abschälen der Haut, Beugecontractur der Finger. Heilung der trophischen Störung nach der Kaufmannschen Methode und damit Beweis ihrer psychogenen Natur. Plötzliches Ergrauen der Haarspitzen bei einem jungen Berufsoffizier nach gefährlichem Ausharren im Granattrichter erwähnt Schneider, in kurzer Zeit eingetretene totale Alopecie nach langem lebensgefährdenden Verharren im Sumpfe Fischl, außerordentlich schnell sich entwickelnde posttraumatische „Reflextrophoneurosen" sowie eine traumatische Gelenktrophoneurose mit Atrophie der Oberschenkelmuskulatur Böttiger.

Fuchs erwähnt mehrere Fälle von äußerst heftigen, mitunter unerträglichen schmerzhaften Parästhesien, die bei Kriegsverletzungen peripherer Nerven (Plexus brachialis, N. ischiadicus) in dem korrespondierenden kontralateralen Innervationsgebiet auftraten (Alloparalgien), und für die er eine sichere Erklärung kaum für möglich, eine funktionelle Basis aber anscheinend nicht für wahrscheinlich hält. Eine besondere nervöse Disposition bestand dabei nicht. In dem einen Falle trat durch die Konstanz und lange Dauer der Schmerzen und Alloparalgien eine geistige Störung mit Erregungszuständen und Suicidgedanken, Schlaflosigkeit und Abmagerung auf, die Fuchs in Zusammenhang mit der Dysphrenia neuralgica bringt. Nach Oppenheim greift die Irradiation noch viel weiter und kann reflektorisch andere entlegene Gebiete in Mitleidenschaft ziehen. Straussler hält nicht sowohl das Auftreten der schmerzhaften Parästhesien an anderen Körperstellen als die Schmerzerregung im verletzten Gebiet von der ganzen Körperfläche aus für das Wesentliche, so steigerte sich z. B. nach Schußverletzung des Oberarms der Schmerz in dem betroffenen Finger des Ulnarisgebiets bei Berührung anderer Teile. Schuster weist ganz allgemein auf die durch Verwundung der Nerven erzeugte schwere Erregbarkeitssteigerung des gesamten Nervensystems hin.

Gleichfalls Beziehungen zum Organischen kommen in Frage in einem v. Wagnerschen Falle, wo sich bei einem Freiwiligen, der wohl infolge eines Geburtsschädeltraumas eine später bis zu einem gewissen Grade abgeheilte rechtsseitige Hemiparese erlitten (Hypoplasie der rechten Extremitäten), unter dem Einfluß eines anscheinend ohne physisches Trauma erfolgten Granatexplosion motorische Reizerscheinungen von hemiathetotischem Charakter auf Grund der seinerzeit gesetzten Hirnläsion entwickelten.

Trömner sah eine recht zusammengesetzte Cervicalplexuslähmung organisch-hysterischen Charakters, die sich in drei verschiedenen Etappen gebildet hatte.

Weber erwähnt eine scheinbar organische, von ihm als hysterisch aufgefaßte Störung nach Schußverletzung der Hüftgegend, die unter dem Bilde der Tabes mit vollkommen ataktischem Gang, trägen Pupillen, Fehlen von Patellar, Achillessehnen- und Zehenreflexen usw. einherging und sich wieder zurückbildete. Levy-Suhl führt eine anscheinend auch als rein hysterisch gedeutete zusammengesetzte Störung an, die sich bei einem bisher gesunden Soldaten in Granatfeuerdeckung nach stundenlangem An-

pressen des Arms an die Wand des Granattrichters entwickelte: Totale Parese des ganzen Armes neben starker Parese der vom N. radialis versorgten Vorderarmmuskulatur und manschettenförmiger Gefühlsstörung. Schmerzhafte Faradisation hatte bald Erfolg. Depenthal erwähnt eine scheinbar psychogene, in Wirklichkeit organische umschriebene monartikuläre Sensibilitätsstörung der Hand oberhalb des Handgelenks für alle Qualitäten infolge Schußverletzung der hinteren Zentralwindung.

Bauer berichtet vom Übergang einer funktionellen Lähmung in eine organisch bedingte. Nach einer Handgranatenverletzung hatte sich zunächst neben hysterischer Abasie eine hysterische Armlähmung eingestellt, mehrere Wochen später erkrankte der Arm an einer spinalen Amyotrophie, so daß also Teile jener zunächst funktionell geschädigten Zentralnervensystempartie später organisch erkrankt waren.

Von Störungen der Sinnesorgane sei kurz angeführt, daß Oloff die auffallend geringe Zahl der psychogenen Kriegsschädigungen des Auges betonen muß. Er selbst führt zwei Fälle von monosymptomatischer Augenhysterie an: der eine mit beiderseitigem Akkommodationskrampf, Konvergenzspasmus, Zittern der Lider, klonischem Zucken der Augäpfel nach Granatexplosion ohne eigne Verletzung; der andere gleichfalls mit Akkommodationskrampf und einseitigem Einwärtsschielen.

Daß Donath eine vollständige organische Taubheit nach basaler Blutung infolge Basisfraktur mit rascher Heilung durch Lumbalpunktion beobachtete, mag schließlich auch noch Erwähnung finden.

Die Untersuchung der psychogenen geistigen Erkrankungen hat auch die naheliegende Frage nach der ätiologischen Bedeutung der psychischen Noxen für die kriegspsychotischen Störungen (wie der Psychosen überhaupt) angeregt. Namentlich Bonhöffer schätzt diese sehr gering ein und beschränkt damit entsprechend das Gebiet der rein psychisch verursachten, im engsten Sinne psychogenen Kriegspsychosen.

Als eigentliche Schreckpsychose erkennt er im wesentlichen nur den Bälzschen Emotionsstupor an. Mit Recht hebt er an ihm die viel zu wenig beachtete Bewußtseinstrübung hervor, mit der er gewisse, sich daran anschließende psychotische Äußerungen: epileptoide Erregungen, raptusartige Handlungen und poriomanische Anfälle in Verbindung bringt. Unter den Schreckemotionsfolgen nennt er im übrigen die bekannten psychogenen Phänomene: delirante Zustände mit Gefechtsbildern, depressive mit Schreckreminiszenzen von Zwangscharakter u. dgl. Die Hauptbedeutung dieses Schreckstupors sieht er übrigens nicht in dem besonderen Zustandsbilde selbst, als in den mit ihm verbundenen psychischen Funktionserscheinungen als dem Ausgangspunkt für funktionelle Dauerstörungen.

Bei den mannigfachen in der Literatur angeführten schreckpsychotischen Bildern betont er den häufigen Anteil resp. die Verbindung mit Erschöpfungseinflüssen, echter Hirnkontusion und konstitutionell endogenen Momenten[1]).

[1]) Aus der französischen Literatur sei kurz auf Clunets Beobachtungen über die schreckpsychotischen Symptome unmittelbar nach der Torpedierung

Höher als die „direkte“ bewertet Bonhöffer die indirekte pathogenetische Bedeutung der Kriegsemotion als dispositionserzeugenden und -verstärkenden Faktor für psychopathische Reaktionen.

Unter den Beobachtungen von Granatexplosionspsychosen sind vielleicht die Herschmannschen, weil in relativer Frontnähe in einem als psychiatrische Sammelstelle einer Gefechtsfront dienenden Garnisonspital gewonnen, beachtenswert. Die Störungen stellen vor allem Erkrankungen des Defensivkriegs dar, treten zumeist erst nach längerer Dauer der Beschießung durch Summation der schädigenden Reize auf und nicht nach einzelnen, wenn auch noch so heftigen Explosionen. Sie betreffen im übrigen ebensogut alte erprobte Feldsoldaten, auch die tapfersten, wie Rekruten. Meist handelte es sich um Feldsoldaten jugendlichen Alters, zum Teil Vertreter der gesündesten Berufe ohne stärkere Beteiligung des städtischen Elements. Die üblichen disponierenden Faktoren (Überanstrengung, nervöse Konstitutionsanomalien usw.) sprachen dabei auch mit. In nahezu der Hälfte der Fälle fanden sich hysterische Symptome, Stigmata, funktionelle Ausfallserscheinungen, die die Psychose gewöhnlich lange überdauerten. Die Störung selbst setzte zumeist unmittelbar nach dem Granatshock ein, und zwar mit einem deliriösen Verwirrtheitszustande, doch kam auch schleichender Beginn mit neurasthenischem Vorstadium vor, ebenso initiale hysterische Krampfanfälle bei entsprechend Disponierten. Die deliriösen Zustände waren durch lebhafte optische und namentlich akustische Halluzinationen von Schlachteninhalt ausgezeichnet, die zum Teil mit entsprechenden motorischen Impulsen und illusionären Verfälschungen einhergingen. Die Orientiertheit über die persönlichen Verhältnisse war dabei zum großen Teil erhalten. Vielfach kam es zu abendlichen Steigerungen mit panphobischen Ratlosigkeitsaffekten und bedeutenden motorischen Entladungen. Im übrigen bestand meist eine ängstliche und traurige Verstimmung, seltener eine heitere. Ein Kranker mit leichter Hypomanie gab an, daß er eben erst die Italiener habe davonlaufen gesehen. Bisweilen erfolgten brutale, raptusartige Entladungen aus langdauerndem stuporösem Daliegen heraus.

Herschmann trennt zwei Formen: eine ängstlich depressive mit sprachlicher Hemmung und Herabsetzung der Psychomotilität und eine expansive mit zumeist zornwütiger, selten heiterer Verstimmung und lebhaftem Rede- und Bewegungsdrang. Diese letztere gewöhnlich kürzer verlaufend. Das Kardinalsymptom: halluzinatorische Verwirrtheit beherrsche aber das ganze Krankheitsbild. Katatonische Erscheinungen fanden sich auch, abgesehen von den stuporös mutazistischen Phasen, gelegentlich, so vor allem Negativismus, Bewegungsstereotypien, Verbigeration, letztere besonders in chronisch verlaufenden Fällen. Körperlich stand Schlaflosig-

des Postdampfers „La Provence“ hingewiesen. (Ref. diese Zeitschrift Ref. **13**, 593): aufgeregte Unordnung, unzusammenhängende Worte und Handlungen, Dumpfheit und Gleichgültigkeit. Hysterische Erscheinungen fehlten zunächst und ebenso die nächsten 18 Stunden während des Aufenthalts auf einem kleinen Rettungsboot. Sie traten — allerdings durchaus vorübergehend — erst auf dem Torpedoboot auf, wo Clunet den Geretteten ärztliche Hilfe leistete. Also Verhältnisse, die halbwegs an die sonstigen Katastrophenbeobachtungen erinnern.

keit an erster Stelle. Die berechnete durchschnittliche Dauer betrug zehn Tage, doch dürfte sie wegen des Fehlens von Fällen mit kürzestem Verlauf noch geringer sein. Bei den kurzdauernden Fällen kam es mit Eintritt der Dunkelheit zur Wiederkehr der Halluzinationen und starken nächtlichen Angstausbrüchen. Die Erinnerung an die Psychose war gewöhnlich mangelhaft, auch für einen gewissen Zeitabschnitt nach der auslösenden Explosionskatastrophe bestand eine komplette Amnesie. Prognostisch verliefen die Fälle sehr günstig. Noch nicht 4% sind chronisch geworden, alle anderen ausgeheilt.

Die geschilderten Bilder entsprechen, wie man sieht, in wesentlichen Zügen den bekannten psychogenen, doch scheint mir die „expansive“ Form nicht gerade mit den bisherigen typischen Beobachtungen übereinzustimmen. Daß es sich klinisch nicht um eine einheitliche Gruppe handelt, zeigt der Hinweis auf die chronischen Fälle, die Herschmann übrigens selbst als schizophrene anerkennt. Eingehendere Versuche aus dem Zustandsbilde differentialdiagnostische Merkmale herauszuholen, werden nicht gemacht. Die Schwierigkeiten, die ihnen entgegenstehen, sollen freilich nicht abgeleugnet werden. Bemerkenswert ist immerhin, wenn auch nicht gerade neu, die äußere Übereinstimmung der Zustandsbilder trotz der klinischen Verschiedenheit der Krankheitsformen. Von Wert wäre übrigens eine Nachuntersuchung nach einigen Jahren, die vielleicht doch noch das Verhältnis von „akuten“ und „chronischen“ Fällen, von psychogenen und schizophrenen Störungen zugunsten der letzteren verschiebt. Es will mir doch scheinen, als ob sich manchmal auch an den Kriegsfällen die Reaktion auf die bisherige Überschätzung der Dementia praecox gegenüber den psychopathischen und psychogenen Störungen in der entgegengesetzten Tendenz geltend macht, und als ob dabei das Hervortreten katathymer Momente gelegentlich doch wohl zur Unterbewertung der grundlegenden klinischen Phänomene verführt.

Wetzel berichtet von frischen Shockpsychosen im Felde auf Grund einjähriger Beobachtung in einer Ortskrankenstube und Krankensammelstelle im Westen im wesentlichen bereits Bekanntes. An ihrem psychogenen Charakter war nicht zu zweifeln. Der Korsakoffsche Symptomenkomplex wurde bei ihnen niemals beobachtet. Am Zustandsbilde war vor allem das Theatralische bemerkenswert. Alle Fälle waren desorientiert, teilweise fast stuporös, teilweise motorisch. Die Schmerzreaktion war bei allen herabgesetzt, Angst bestand nicht. Daraus entwickelte sich dann ein kurzdauernder (2—5 Tage) Dämmerzustand. Auch bei den ganz frischen Shockpsychosen — apathischen sowohl wie den agitierten Formen — wurde der Gansersche Syndrom beobachtet. Das auslösende Moment konnte teils aus dem Inhalt des Dämmerzustandes erschlossen, teils — bei stärker hervortretenden Verdrängungserscheinungen — nachträglich durch die Exploration aufgeklärt werden. Bei diesen Fällen zeigte sich stets das Bestehen einer Phase psychischer Reflexion zwischen auslösendem Vorgang und Eintritt des Dämmerzustandes. Immer war freilich diese Aufklärung nicht möglich. Selbst in Fällen, in denen der Inhalt des Dämmerzustandes den betreffenden Komplex enthüllte, fehlte im freien Zustand

zuweilen vollständig die Erinnerung an den auslösenden Vorgang. Es bestanden Erinnerungsinseln, die an das Bild der Amentia erinnerten. Angeborene, schwere, abnorme Dispositionen waren im ganzen wenig zu finden. Eine ganze Reihe ging schon nach 14 Tagen wieder zur Truppe.

Die Ähnlichkeit mit haftpsychotischen Zuständen. insbesondere den psychogenen Störungen der Untersuchungshaft, ist auch bei diesen unmittelbar an der Front beobachteten Fällen unverkennbar und psychologisch gewiß beachtenswert.

Wetzel betont mit Recht die mannigfachen Beziehungen zu diesen Störungen und erkennt — gleichfalls gewiß zu Recht — die Möglichkeit des Mitspielens der Simulation (besser wohl von Simulationswunsch, Simulationsabsicht und vielleicht auch -versuch) bei der Auslösung der Störung an. Psychologisch verständlich ist mir dabei nur nicht die schnelle, zur Rücksendung zur Truppe führende Heilung, die doch wohl eher gegen Wunsch-, Zweck- und Abwehrpsychosen spricht. Übrigens haben andere Frontärzte das Vorkommen Ganserscher Zustände im Felde selbst nicht bestätigen können. Wetzel faßt allerdings das Zustandsbild etwas weit und rechnet auch Unorientiertheit, Verdrängungserscheinungen und Spielen mit der Situation zu seinen Bestandteilen.

Schmidt hält speziell die psychogenen Stupor- und Ganserzustände der Front auseinander. Bei ersteren hebt er das im Gegensatz zur Blässe der Katatoniker stehende, schnell sich einstellende gute Aussehen selbst bei reduziert von der Front Gekommenen, die Unterbrechung des Stupors durch ängstliche Erregungen mit anscheinender Reproduktion ängstlicher Kriegserlebnisse und illusionären Umdeutungen, das prompte Zurückgehen bei Milieuwechsel und die günstige Prognose hinsichtlich eines Rezidivs hervor, bei den Erregungszuständen mit Ganserfärbung dagegen die traumhafte Benommenheit mit ängstlichen Kriegsvorstellungen, den teils theatralischen, teils läppischen Einschlag und die Neigung zu erneuten Erregungszuständen bei neuen Emotionen (Verlegungen in ein Erholungsheim u. dgl.). Entsprechend dieser verschiedenen prognostischen Bewertung rät er übrigens, die Stuporkranken nach Abklingen der Störung als gv. oder av. zu beschäftigen, die Ganserformen dagegen als d. u. zu entlassen.

Levy-Suhl sah unter den traumatischen Psychoneurosen in einem Frontlazarett vorwiegend Stuporzustände (die schwersten nach Granat- und Minenexplosionsshock). Sie zeigten 12—24 Stunden nach dem Ereignis sich körperlich erschöpft, mit abwesendem oder auch ängstlichem Blick, antworteten nicht oder nur mit leiser Stimme und auf wiederholtes Befragen. Mehrmals bestand völlige Reaktionslosigkeit mit völliger Taubheit und Stummheit. Gaupp erwähnt Fälle von tiefem apathischem Stupor nach vieltägigem Trommelfeuer, die in Ruhestellung rasch wieder genasen.

Diesen echt psychogenen Störungen seien gleich noch die von Türck beobachteten psychotischen Zustände nach wirklichen Verschüttungen mit ihrer andersartigen Ätiologie und Symptomatologie angeschlossen. Es handelte sich um eine Anzahl Soldaten, die infolge einer Schneerutschung in der vordersten Stellung im alpinen Gebiet verschüttet waren und von

denen der erste in einer, der letzte erst nach sieben Stunden gerettet werden konnte. Die übrigen Beteiligten, die psychotisch nicht erkrankten, kamen zum Teil überhaupt nicht mehr zum Bewußtsein; die nur kurze Zeit Verschütteten erholten sich schnell. Die Erkrankten zeigten sämtlich nach der Belebung ein gemeinsames Bild: zunächst Muskelzuckungen nach Art abortiver epileptischer Krämpfe nach den ersten Herz- und Atembewegungen, bald danach schwere Verwirrtheitszustände mit triebartigen Bewegungen. Dabei waren die Leute völlig unorientiert, reagierten zumeist nicht auf die Anrufe, waren sichtlich erregt, konnten kaum im Bett gehalten werden, drängten zu Tür und Fenstern, bissen und schlugen beim Zurückhalten, stöhnten auch ängstlich und schrien unaufhörlich zum großen Teil Unverständliches, zum Teil stereotyp wiederholte Sätze („Laßt mich in Ruh!" u. dgl.). Auch zwangsweise und stereotype Bewegungen wurden beobachtet. Nach ungefähr $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden trat bei allen ohne Übergang anscheinend volles Bewußtsein ein. Sie fielen bald in tiefen Schlaf und hatten nachträglich keine Erinnerung. Retrograde Amnesie schien, wie ein viel späteres Befragen ergab, bei einigen vorzuliegen. Türck sieht in den Störungen die Folgen von postaphyktischen Ernährungsstörungen des Gehirns, analog den Störungen nach Wiederbelebung Erhängter.

Michaelis versucht die psychologische Analyse eines an sich nicht gerade ungewöhnlichen Falles von Kriegspsychose: eine psychogene Bewußtseinsstörung bei einem erblich unbelasteten, bisher stets gesunden und auch den Feldzugsstrapazen bisher gut gewachsenen Soldaten. die nach Aufnahme ins Lazarett wegen Oberarmschusses auftrat. Patient bot nach anfänglicher Verwirrtheit wahnhafte Verkennung der Umgebung, Sinnestäuschungen, Hemmung resp. Sperrung sowie zeitweise Gansererscheinungen und ließ in seinen Äußerungen den beherrschenden Kriegsinhalt unverkennbar hervortreten. Die Störung ging allmählich zurück, um nach etwa $2^1/_2$ monatiger Dauer mit Krankheitseinsicht, aber verschwommener, teilweise fehlender Erinnerung an die psychotische Phase abzuheilen. Die systematische Durchprüfung, die Michaelis in den verschiedenen Stadien vornahm, erfolgte vermittels der üblichen Fragebogen, wobei nur verwunderlich ist, daß gerade die Methode, die am ehesten Aufklärung über psychologische Zusammenhänge in psychogenen Fällen verspricht, die Komplexforschung nach Art der Jungschen Assoziationsprüfung, anscheinend unberücksichtigt blieb. Der Auffassung vom klinischen Charakter der Störung als einer psychisch bedingten wird man bedenkenlos beipflichten können und auch den inneren Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen im wesentlichen zugeben können, doch erscheint es zweifelhaft, ob alle die Einzelheiten, die Michaelis durch seine Analyse herausholt, der Kritik standhalten können. Er kennzeichnet den Patienten als einen Menschen von teils angeborener, teils milieubedingter — allerdings physiologischer — Beschränktheit, die ihn zu jeder größeren synthetischen Leistung unfähig mache, muß ihm allerdings dabei eine gewisse gesunde Kraft des Urteils als unverkennbar zugestehen. Er schreibt ihm die Unfähigkeit zur Verarbeitung des ungeheuren Erlebnisses des Krieges zu, und schildert ihn als „besinnungslos vorwärts getrieben im Lärm und

wechselnden riesenhaften Geschehen", wobei aber der Nachweis fehlt, daß der Krieg für den Patienten, der die Strapazen des Feldzugs bisher gut überstanden und bei Sturmangriffen „gern mit draufgegangen" ist, wirklich ein solches erschütterndes, besinnungsraubendes Erlebnis bedeutete. Er läßt ihn in der plötzlichen Stille des Lazaretts unter dem Einfluß des „so entgegengesetzten, gleichsam überlebensgroßen Erlebnis des Krieges" in seinem psychischen Gleichgewicht erschüttert werden, wiewohl er betont, daß Patient in keiner Weise sensibel ist und eine starke Empfänglichkeit für psychische Einflüsse bei ihm überhaupt nicht besteht, und sich eigentlich nur die Nachwirkung der Tageserlebnisse in nächtlichen Träumen als Hinweis auf eine seelische Erregung durch Kriegseinflüsse anführen läßt. Er glaubt die Struktur des Krankheitsbildes restlos auf die Eigenart des Erkrankten zurückführen zu können, indem er sogar kontinuierliche Übergänge zwischen seinem niedrigen Geistesniveau und dem Stadium der stärksten Störung sieht, während es doch zweifelhaft sein kann, ob diese Hemmungs- und Spaltungserscheinungen, die sich ja auch bei geistig hochstehenden, zu weitgehenden psychischen Synthesen fähigen Personen finden, überhaupt Steigerungen einer solchen intellektuellen Minderwertigkeit bedeuten und sich nicht vielmehr einfach als gesteigerte Wirkungen emotioneller Erregungen darstellen. Auch worauf Michaelis als Beweis für das Vorliegen einer wirklichen psychischen Verursachung besonderen Wert legt, daß die Störung mit dem Dominieren des Kriegskomplexes am stärksten ist und mit dessen Nachlassen auch zurückgeht, auch dieser Parallelismus in der Ausprägung der Bewußtseinsstörung und des Kriegskomplexes im Krankheitsbilde scheint mir nicht genügend beweiskräftig, denn ebensogut wie man annimmt, daß dessen Stärke für den Grad der Bewußtseinsstörung entscheidend sei, ist man auch zu der umgekehrten Annahme berechtigt, daß der Grad der Beeinträchtigung der Bewußtseinsfunktionen dafür maßgebend ist, ob affektbetonte Vorstellungskomplexe im Bewußtsein schwächer oder stärker zur Geltung kommen können. Wie der Fall schließlich die größere Berechtigung der Sommerschen engeren Formulierung des Psychogeniebegriffs und die Richtigkeit seiner Einwände gegen eine allgemeinere Fassung dieses Begriffs beweisen soll, vermag ich nicht recht einzusehen. — Immerhin soll der Wert einer solchen systematischen Durchprüfung dieser psychogenen Zusammenhänge an einzelnen Fällen in der sorgfältigen Weise, wie sie Michaelis hier in Angriff genommen hat, nicht verkannt werden. Gewiß wird man so am ehesten der Genese und dem Mechanismus der psychogenen Störungen sowie ihren Beziehungen zu individueller Artung und äußerem Erlebnis näher kommen können.

Von sonstigen Einzelfällen finden sich zunächst wieder solche mit Puerilismus angeführt (Schmidt, Loewy, Levy-Suhl u. a.), bei letzterem Dämmerzustand mit Puerilismus, Ganser und Situationsverkennung im Sinne der Kriegsgefangenschaft.

Henneberg führt einen Fall von hysterischer Pseudodemenz mit Faxensyndrom nach leichter Granatverletzung an, der läppisch-maniriertes Benehmen, Produktion stereotyper Redewendungen: „es schallt

der Wald", unvermittelt angebracht, plötzliches Zählen während der Unterhaltung, bestimmte gleichartige Fehler beim Rechnen u. dgl. bot. Wenn Henneberg dabei differentialdiagnostisch gegenüber der Schizophrenie das Fehlen gemütlicher Stumpfheit in die erste Linie stellt, so muß dem entgegengehalten werden, daß gerade auch bei diesen hysterischen Zuständen vielfach eine eigentümliche Gefühlsstumpfheit und Affektleere zu beobachten ist, die oft genug auch den Anlaß zur Simulationsannahme gegeben hat, wenn gleichzeitig mit der gleichen Indolenz Größen- oder Verfolgungsideen vorgebracht wurden. — Des weiteren erwähnt Henneberg eine hysterische Lyssa imaginaria nach Impflyssa. Bei einem Soldaten, der wegen des Bisses eines tollwutverdächtigen Hundes mit Schutzimpfung behandelt wurde, trat im Auschluß an eine Impflyssaerkrankung eine schwere Hysterie auf mit Abasie, Schütteltremor, sowie schweren hysterischen Anfällen und oberflächlichen Dämmerzuständen, in denen beiden Patient um sich beißt.

Sigg führt einen Fall von Infantilismus und initialem Dämmerzustand nach Granatexplosion bei einem anscheinend Imbezillen an. Der Kranke zeigte eine abnorme Eifersucht auf die Krankenschwester und irrte nachts im Korridor nach ihr umher. Außerdem berichtet Sigg von dämmerigen Zuständen psychogenen Ursprungs, in denen die Erkrankten am hellen Tage zum Feinde überlaufen. Ein von ihm beobachteter Franzose, der, seit Kriegsbeginn ohne Nachricht von den Seinen, verzweifelt mit erhobenen Händen übergelaufen war, verfiel nach Lösung des Dämmerzustandes im Gefangenenlager wegen seiner Handlungsweise in schwere Depression mit Suicidversuch. Bei hysterischen Dämmerzuständen kam es übrigens unter dem Einflusse der Hypnose zur Entwicklung aufregender Kriegsszenen, die nach Sigg für das akkumulierte, übersättigte Affektleben beweisend sind, das, an überstandene Gefahren fixiert, nicht zur Ruhe kommen könne. Als häufige Trauminhalte bei Neurotikern im Felde nennt Sigg neben den schreckhaften Schlachtträumen auch die Heimatsträume.

Psychogene Depression mit Insuffizienzgefühl, Angst und schwächlichem Suicidversuch aus der Angst heraus, den Dienstanforderungen nicht gewachsen zu sein, beobachtete Tintemann bei einem psychisch nicht ganz intakten Mann; einen weiteren Fall mit schwerem Insuffizienzgefühl und Neigung zur Eigenbeziehung bei einem disponierten Apotheker, der seinen Beruf immer schwer genommen hatte und nun nach einem dienstlichen Konflikt plötzlich mit Ohnmacht und Krampfanfall zusammenbrach. Im übrigen hebt Tintemann für die reaktiven Depressionszustände das häufigere Vorkommen namentlich auch bei älteren Männern im Dienst, die heftige Angst und den Wahn des Erschossen-, Getötetwerdensollens ohne Versündigungs- u. dgl. Ideen hervor.

Schneider führt nach Explosionen entstandene psychische Depressionen mit Erschwerung des Gedankenablaufs und rascher psychischer Ermüdbarkeit an, sodann Fälle mit abnormer Reaktionsträgheit, Menschenscheu und zum Teil anfangs stuporösem Verhalten (auch vasomatorischer Störungen), die er wegen ihres recht ungünstigen Verlaufs von den Apathie- und Stuporzuständen nach Erschöpfung trennt, ohne aber ihren klinischen

Charakter festzulegen. Kreuser erwähnt Angstzustände mit Atemnot nach Verschüttungen ohne Brustverletzungen.

Uhlmann erwähnt einen Akademiker, der 8 Tage gänzlich erschöpft im Granatfeuer gelegen, in diesem Zustande anläßlich eines militärischen Anlasses einen Wutanfall mit aggressiver Tendenz gegen einen Vorgesetzten bekommen hatte und nun einige Zeit danach von eigenartigen Angstzuständen mit auffallenden Zwangsbewegungen und -Stellungen befallen wurde: In der Nähe eines Offiziers bekam er innere Angst und nahm dabei jeweils die Haltung eines Menschen ein, der sich vor Wut nicht beherrschen kann, sich auf den Gegner zu stürzen.

Halluzinatorische Störungen (Anblick eines angeblich aus der Nähe von ihm erschossenen Franzosen, so daß er schreien muß) beobachtete Sommer neben andern psychochogenen und epileptoiden Störungen bei einem Reservisten mit epileptoider Konstitution nach Granatfeuer und Verwundung. Einen hysteriformen Verwirrtheitszustand schildert Morawczik: Ein belasteter Mediziner, der schon vorher nach einem gefährlichen Rückzug verändert und erregt geworden war, lief nach Granateinschlag in dem als Hilfsplatz eingerichtetem Zimmer verwirrt umher, gestikulierte mit dem Revolver, und wollte gegen den Feind stürmen. Bald wiederhergestellt, hatte er keine Erinnerung an die Geschehnisse nach der Explosion und bot Zuckungen, Weinkrämpfe und hysterischen Anfall. In einem Falle von Meyer zeigte sich ein besonders kräftiger Offizier, der monatelang alle Anstrengungen und Strapazen leicht ertragen hatte im Anschluß an den Anblick einer getöteten ganzen Kompagnie seelisch gebrochen, sah immer nur nach rechts und links, brach beim geringsten Anlaß in Tränen aus, glaubte nicht mehr an die Möglichkeit, wieder Dienst zu tun usw. (Schluß folgt.)

Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht
von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

(Schluß.)

Sonstige funktionelle nervöse Störungen.

Im großen ganzen wiederholen sich die schon genugsam bekannten Erfahrungen. Schneider betont bezüglich der kardiovasculären nervösen Kriegserkrankungen, daß sie bei einer großen Anzahl völlig isoliert dastanden und insbesondere ohne stärkere seelische Erschütterungen aufgetreten waren, was immerhin im Hinblick auf sonstige Erfahrungen etwas überrascht. Unter den Symptomen nennt er neben Cyanose, Schwellung der Extremitäten, Schweißen, Quaddelbildung, auch Gefäßkollapse, Neigung zu Exsudationen, trophische Störungen an den Zehen, Alopecie, starke Phosphaturie u. a. Das häufige Vorkommen von Temperatursteigerungen ohne bestimmte Ätiologie bestätigt er. Er berichtet übrigens auch im Gegensatz zu früher erwähnten Autoren von ziemlich regelmäßigen Verschlimmerungen des Bronchialasthmas im Felde.

Unter den Herzkranken eines Reservelazaretts machten nach Lichtwitz die reinen Neurosen ohne organischen Befund am Herzen und in der Konstitution 38% aus, die mit nervösen Herzbeschwerden und asthenischer Konstitution (Pendelherz) 13%. 18% waren zweifelhafte Fälle „ohne organischen Befund und andere nervöse Symptome", im Hinblick auf die Entstehung nach erheblichen körperlichen Anstrengungen als Ermüdungszustände bezeichnet. Unter den 23% organischen Herzkranken fanden sich über 3% Arteriosklerosen. — Die Neurotiker fielen gegenüber den andern Herzkranken durch ihr psychisches Verhalten — Klagen und Beschwerden sowohl bei Ruhe wie bei Übungen und wechselnd starker Stimmung und Klage je nach den äußern Einflüssen auf. Die Pulsfrequenz erwies sich bei ihnen durch körperliche Anstrengungen oft weniger beeinflußt als durch andere Faktoren. Ihre Arhythmie der Ruhe verschwand des öfteren bei Marschbewegungen. Dem Alter nach waren 35% von diesen Neurotikern und etwa ebensoviel von denen mit asthenischem Habitus unter 25 Jahren, 11% (resp. 25% mit asthenischem Habitus) waren Kriegsfreiwillige. Im übrigen verteilten sich die Herzneurosen ziemlich gleichmäßig auf die großen Berufsklassen, während bei den Asthenischen die kaufmännischen und akademischen Berufe 41% ausmachten.

Mönkeberg fand während zweijähriger Obduktion von Kriegsteilnehmern 55% Atherosklerose, vorwiegend der Herzkranzarterien. Er führt ihre stetige prozentuale Zunahme im Laufe des Krieges auf das allmählich immer schlechter werdende Material zurück, da die klinisch anscheinend symptomlos gebliebenen Veränderungen weder mit den Strapazen des Feldzuges noch irgendwelchen Momenten des Zivilberufs oder der Provenienz des Falles in Beziehung gebracht werden konnten. Geigel unterscheidet zwischen Cor nervosum und Herzneurose. Bei ersterem trete alles, was sich auch bei Gesunden auf genügend starke physiologische Reize abspielt, in verstärktem Maße bei geringerer Reizgröße auf und bilde häufig eine Teilerscheinung einer allgemeinen Nervosität. Die Herzneurose komme dagegen oft gerade bei sonst Nervengesunden vor, die Herzerscheinungen beherrschen viel mehr als beim Cor nervosum das ganze Krankheitsbild und sind vielfach überhaupt viel schwerer (z. B. nervöse Angina-pectoris-Anfälle).

Singer hält die Headschen hyperalgetischen Zonen und den Vaguspuls für zwei differentialdiagnostisch wichtige herzneurotische Symptome.

M. Marcuse führt einige Fälle von Kriegsbasedow an, die durch Fehlen der Struma und Vorhandensein eines Prostatatumors — bei dem M. an einen dem Thyreodismus analogen Prostatismus denkt — ausgezeichnet waren. Beim Beginn bestanden bei zweien Angst- und Erregungszustände, beim dritten (nach Verschüttung) ein halluzinatorisches Bild mit halbseitigem Kopfschmerz usw. Jene waren belastet, mit körperlichen Degenerationszeichen behaftet und hatten unter physischen und psychischen Anstrengungen gestanden, bei diesem bestand eine akute Ursache.

Saaler sah einen leichten Basedow mit psychischen Störungen im Anschluß an einen Eisenbahnzusammenstoß, und meint im übrigen, daß bei einem großen Teil der zahlreichen Tachykardien thyreotoxische Einflüsse die Hauptrolle spielen.

Kutzinski fand unter den Magendarmkranken eines Bataillons im Laufe eines Jahres beinahe 50% sichere neuropsychopathische Fälle und selbst unter den unsichern 9% waren noch die meisten dem Eindruck nach mehr den neurotischen zuzurechnen. Die Hälfte der Neurotischen erkrankte noch in der Garnison, ein Drittel der ins Feld gekommenen schon in den ersten zwei Wochen des Frontdienstes. Bei einem ganzen Teil der im Felde Gewesenen fehlten alle Erschöpfungssymptome. Nach Angaben aller waren die Magendarmbeschwerden durch die Feldzugsstrapazen nur verschlimmert. Bei erworbener Neurasthenie traten Magendarmbeschwerden fast nie auf. Fast alle von den Erkrankten waren schon vorher nervös gewesen und hatten über intestinale Beschwerden geklagt. In etwa der Hälfte der Fälle bestanden nervöse Magendarmkrankheiten der Familie. Im Lazarett erfolgte Besserung und sehr oft Heilung. In der Hauptsache handelte es sich um Cyclothyme, Manisch-depressive und konstitutionell Verstimmte, weniger häufig kamen psychogene und hypochondrische Zustandsbilder vor.

Das Krankheitsbild entsprach der nervösen Dyspepsie vorwiegend

mit Obstipation, Hypersekretion, Diarrhöe, gelegentlich auch nervösem Erbrechen, vereinzelt Pylorospasmus.

Kutzinski glaubt in diesen nervösen Dyspepsien einen besonderen psychophysiologischen Reaktionstypus auf die Eindrücke der Außenwelt sehen zu dürfen, zu dem die nervösen Magenerscheinungen und die psychischen als zwei nebeneinanderstehende Reihen zugehören, und der von den herzneurotischen Typen abzugrenzen ist. Für ihre Verschiedenheit glaubt er die verschiedenen Lokalisierungen der Angst verwerten zu können. In Fällen mit sowohl Magen- wie Herzsymptomen dagegen handelte es sich um manisch-depressive Erkrankungen. Auch bei ihnen traten übrigens die kardialen nervösen Symtome zurück, noch mehr bei periodischen Depressionen und konstitutionellen Verstimmungen. Die nervös Dyspeptischen mit Lokalisation der Angst im Magen waren meist im Zustande der Hemmung. Im übrigen sind es nach Kutzinski häufiger die chronischen Affektstrapazen, die sich mit gastrointestinalen vergesellschaften, während die akuten Affektschädigungen mit Vorliebe das Gefäßsystem beeinflussen.

Albu betont die Häufigkeit der Magendarmneurosen als psychischer Kriegswirkungen und die große Zahl der nicht an der Front Gewesenen unter den Erkrankten. Als psychisches Trauma wirkten vielfach nicht die gestellten Ansprüche, sondern die „Zwangsvorstellung" einer die Kräfte übersteigenden Anspannung und das durch das veränderte Milieu gegebene allgemeine Unlustgefühl. Im übrigen unterscheidet Albu dyspeptische Störungen auf dem Boden der Neurasthenie, Hysterie und der psychischen Degeneration.

Lungwitz hebt die auffallend starke Mitbeteiligung der Psyche, resp. des Nervensystems bei Darmkatarrhen nach Erfahrungen auf dem russischen Kriegsschauplatz hervor. Er beobachtete Weinen, Schluchzen, lediglich aus unbewußt treibendem Bedürfnis heraus, tiefe Depressionen usw., Erscheinungen, die er mit einer akuten Beeinträchtigung des Sympathicus in Verbindung bringt. Adolf Schmidt betont als häufiger beobachtete funktionelle Magendarmstörungen bei Kriegsteilnehmern das habituelle Erbrechen und die permanenten uncharakteristischen Magenschmerzen, die nicht selten übrigens mit Aggravation verbunden, als komplizierte nervöse Gastralgien angesehen werden mußten. Auch sonst ist die Bedeutung der verschiedenen gastrointestinalen Neurosen: nervöse Dyspepsie, chronische Obstipation mit stark psychogenem Einschlag usw.) verschiedentlich, so z. B. im Rahmen der Kriegserkrankungen auf der anläßlich der Kriegsfürsorgeausstellung in Köln veranstalteten ärztlichen Tagung gewürdigt worden.

Albu lehnt Lennés Aufstellung eines Kriegsdiabetes im Hinblick auf dessen relative Seltenheit unter den Soldaten, die im Felde waren, ab. So groß die Bedeutung der Störungen des Nervensystems und des Seelenlebens in der Auslösung, Entwicklung und im Verlauf eines Diabetes sei, als alleinige oder primäre Ursache der Erkrankung könne sie nicht recht in Betracht gezogen werden. In mehreren seiner leichten Fälle hat nicht einmal ein schon vorhandener Diabetes eine Verschlimmerung durch die Kriegs-

teilnahme erfahren. Umber hat an einem beträchtlichen militärischen Krankenmaterial feststellen können, daß der Diabetes unter den verwundeten und erkrankten Soldaten überhaupt eine auffallend geringe Rolle spielt, und er kommt gemeinsam mit Gottstein zu dem bestimmten Ergebnis, „daß auch die schwersten körperlichen und psychischen Traumen, die je die Welt erlebt hat, nicht imstande sind, ursächlich Diabetes hervorzurufen bei einem Menschen, der nicht von Haus aus dazu veranlagt war". Noorden berichtet über eine Anzahl längere Zeit behandelte Diabetiker, Offiziere und Mannschaften, von denen $^2/_3$ vor dem Kriege zuckerfreien Urin gehabt hatten, so daß bei ihnen der Ausbruch der Krankheit mit den Kriegserlebnissen in Beziehung gebracht werden mußte. Von denen, die schon vor der Einstellung diabetisch waren, waren fast alle schweren Fälle im Felddienst völlig zusammengebrochen, die mittelschweren und leichten erlitten eine besserungsfähige Verschlimmerung durch die Kriegserlebnisse. Ganz vereinzelt schien auch eine Verwundung einen bisher leidlich ertragenen Diabetes verschlimmert zu haben. Zur Frage der Disposition meint Noorden, die weitaus größte Zahl der im Kriege Erkrankten sei wohl schon als verkappte Diabetiker ins Feld gezogen. Auch in der Diskussion über die Kriegsdiabetesfrage auf der ärztlichen Tagung in Köln im Anschluß an das Noordensche Referat zeigte sich eine gewisse Zurückhaltung in der Annahme einer psychogenen resp. neurogenen Entstehung des Diabetes im Kriege. Demgegenüber hat Lenné erst unlängst wiederum auf Grund der Kriegserfahrungen, insbesondere im Hinblick auf den Vorsprung der Heeresangehörigen an Erkrankungen in jüngeren Jahren, betont, daß der Name Kriegsdiabetiker in jeder Auffassung berechtigt sei und daß der Krieg auf die Entstehung eines Diabetes einen erheblichen fördernden Einfluß ausübt.

Einen zweitägigen Diabetes insipidus erwähnt Schneider bei einem durch Steckschuß ins Jochbein Verletzten, der wegen Aufregungszuständen und Verwirrtheit auf die psychiatrische Abteilung kam.

Fuchs und Gross betonen die Differenz von Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna. Sie scheiden die letztere aus den psychogenen Neurosen aus. Für sie ziehen sie ursächlich eine angeborne Insuffizienz des unteren Rückenmarks heran. In vielen Fällen ließ sich eine Myelodysplasie nachweisen, radiologisch eine Spina bifida occulta feststellen. Die meisten untersuchten Soldaten mit erworbener Inkontinenz waren früher gesund, doch gab es auch Mischfälle mit früherer Enuresis oder zeitweiser Pollakiurie. Pässler hält die Enuresis beim Heere für keine einheitlich bedingte Erscheinung. Neben den rein nervös verursachten bringt er einen Teil der Fälle in kausalen Zusammenhang mit chronischen, septischen Infektionen, deren Typus die chronische Tonsillitis sei. In deren Gefolge stellten sich Reizzustände im uropoetischen System ein, wobei dann die psychischen Einflüsse im Felde zum Manifestwerden mitwirkten. Ullmann fand bei einer größern Zahl von essentiellen Bettnässern, daß es sich zum großen Teil um auffallend körperlich kräftige, mitunter aber geistig minderwertige oder auch mit Stigmata hereditatis behaftete Individuen handelte. Diese Stigmata fanden sich aber durchaus nicht nur im Bereich der vom Lendenmark versorgten Haut- und Körperpartien, sondern allenthalben

am ganzen Körper. Oft war die Enuresis allein das hereditäre Stigma. Juliusberg-Stetter betonen bezüglich der Enuresis ihrer Soldatenpatienten, daß die meisten ohne körperliche Mängel waren und es sich im Gegenteil um von Neurasthenie und Hysterie freie kräftige Leute handelte. Jancke konnte bei mehr als der Hälfte der Bettnässer positive Röntgenbefunde (Wirbelsäulenveränderungen) feststellen, die übrigen waren wohl keine eigentlichen Enuretiker, bei ihnen bestand das Leiden erst seit kurzer Zeit, so daß wohl die Diagnose einfache Cystitis bezw. Blasenneurose berechtigt war.

Rauch glaubt unter den verschiedenen von ihm aufgestellten Formen von Nachtblindheit besonders in den vorübergehenden, durch ungewohnte stärkere Lichteinflüsse hervorgerufenen mit kurzem gutartigen Verlauf eine Kriegsform zu erkennen. Hemeralopie infolge Unterernährung lehnt er ab, über die neurogene in Begleitung schwerer nervöser Gleichgewichtsstörungen auftretende hält er ein abschließendes Urteil noch nicht für möglich.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Von Ballers 7% Psychopathen litt die größte Mehrzahl an konstitutionellen Verstimmungen und Zwangsvorstellungen, wobei eine Verschlimmerung durch den Krieg oft nachweisbar war. Im Falle eines leicht sensiblen ängstlichen Kriegsfreiwilligen, der während der Ausbildungszeit auf Wache mit Angst und Sinnestäuschungen (Gewehrfeuer, Russen hinter ihm) erkrankte und dann einen deliriösen Zustand mit massenhaften Halluzinationen, lebhafter Unruhe und Angst bot, bezeichnet Baller das Krankheitsbild, das er auf kongenitale Entartung und Mobilmachungserregung zurückführt, dem Vorgange mancher andern Autoren folgend, aber gewiß nicht gerechtfertigt, als Amentia.

Laudenheimer erwähnt bei ängstlich-depressiven Konstitutionen gleichfalls Angst und Zwangsvorstellungen. Er fand mehrfach die Zwangsvorstellung, sich selbst oder Kameraden erschießen zu müssen sowie leichte paranoide Zustände mit Eigenbeziehungen. Die sanguinisch Minderwertigen, die im allgemeinen als gute Feldsoldaten, speziell Draufgänger gelten, reagieren nach Laudenheimer im Kriege bald mit Erregung und unbedachten Handlungen bald mit Erschöpfung und pflichtvergeßnem Versagen. Laudenheimer hebt dann noch eine angeblich auf den ersten Blick als spezifische Kriegsneurose erscheinende Störung, den „Graukoller" heraus: Stark egozentrisch eingestellte Geistesarbeiter, die mit der langen Dauer des Feldzugs und der Zunahme der Strapazen kriegsmüde geworden sind, steigern sich auf Grund eines Exkulpationsmechanismus in pazifizistische Ideale hinein und bekommen durch alles Militärische, selbst den bloßen Anblick eines Feldgrauen, paroxysmale, übrigens auch forensisch wichtige Angst-, Wut- und Verzweiflungsanfälle.

Reiss betont seine guten Erfahrungen als Frontarzt auch mit schweren Psychopathen bei individueller Behandlung. Isserlin weist auf die allerdings nur eine Zeitlang guten Leistungen von chronisch Verstimmten und Zwangs-

kranken hin, die zum Teil den Krieg als eine Erlösung aus dauerndem Druck empfanden. Nach Seige bewährten sich erethische Psychopathen, wie sie Stransky an die Front wissen will, höchstens im Bewegungskrieg, scheiterten aber an der Disziplin im Stellungskampf. Jacob berichtet von Kriegsheilungen bei Neurasthenikern und Psychopathen, die vor dem Kriege jahrelang im Sanatorium standen. v. Hösslin weist auf gewisse auch forensisch bedeutsame Ausnahmezustände sowohl bei Gesunden wie besonders bei Psychopathen im Gefolge von Schreck- und Erschöpfungseinflüssen des Krieges hin, und Löwy auf Episoden mit Depression, Erregung oder Apathie als Reaktionsstörungen bei Gesunden infolge der Belastung durch die Kriegserlebnisse und Strapazen. Diese Feststellungen stimmen mit früher herangezogenen Erfahrungen über erworbene resp. episodische psychopathische Dispositionen überein und insbesondere auch mit dem oben erwähnten Hinweis Bonhöffers auf das Vorkommen psychopathischer Reaktionen (Dämmerzustände, Affektkrisen, poriomanische Zustände) bei vorher Gesunden. Bonhöffer läßt übrigens, wie auch schon angedeutet, die Kriegsemotionen (ebenso wie die Erschöpfungen) bei psychopathischen Konstitutionen nur als dispositionsverstärkende, also nicht als auslösende Faktoren gelten, Beweis dafür ist ihm die Seltenheit dieser Erscheinungen bei Gefangenen, granaterschütterten Franzosen, erschöpften Serben. Eine Auslösung der psychopathischen Reaktionen führt er auf die Fortdauer der Anforderungen an die Willensleistung und die inneren Konflikte der Pflicht mit anders gerichteten Wünsche und Bestrebungen zurück. Warum übrigens Bonhöffer davon absieht, diese psychopathischen Reaktionen bei vorher Gesunden im Sinne der psychischen Verursachung krankhafter Zustände zu verwerten, vermag ich nicht einzusehen, denn wie soll man schließlich eine Störung anders bewerten, wenn bei ihr, wie eben gekennzeichnet, sowohl die Disposition wie auch das Auftreten der manifesten Erscheinungen durch psychische Faktoren herbeigeführt ist.

Morawczik spricht von Fällen halluzinatorischer Verwirrtheit, die er von den episodischen Verwirrtheitszuständen auf psychopathischem Boden trennt und für deren unmittelbar auslösende Ursache er den Krieg erklärt, deren eigentliche Ursache er aber nicht angibt. Der Verlauf sei teils akut, teils protrahiert, für längeren Verlauf spreche ein paranoider Anstrich des Krankheitsbildes.

Von differentialdiagnostischen Schwierigkeiten speziell gegenüber der Schizophrenie ist noch später die Rede. Im übrigen sei noch daran erinnert, daß das Gebiet der konstitutionellen Psychopathie durch die von manchen Autoren vorgenommene Einbeziehung aller kriegsneurotischen Formen in das Bereich der psychopathischen Reaktionen eine unverhältnismäßige und, wie mir scheinen will, nicht gerade klinisch fruchtbare Erweiterung erfährt.

Epilepsie

Sommer hebt unter den im Kriege beobachteten Epilepsiefällen einmal die durch den Krieg verschlimmerten Fälle mit früheren leichten epileptischen Störungen heraus, wobei er allerdings nach den angeführten Bei-

spielen die Grenzen der „epileptischen Konstitution" anscheinend recht weit zieht. Bei dieser Gruppe hebt er speziell auch die Fälle mit abnormen Schädelformen hervor, wie sie besonders durch cerebrale Kinderlähmung vorkämen. Unter den Fällen, bei denen epileptische Zustände erstmalig während des Feldzuges auftraten, nennt er neben den selbstverständlichen, durch Kopfverletzungen verursachten auch solche, die ohne mechanische Schädelverletzungen entstanden sind. Der eine von ihnen, ein bisher gesunder Soldat, bei dem sich epileptische Anfälle im Anschluß an die Kriegsstrapazen einstellten, machte übrigens später während des Landsturmdienstes eine eigenartige paranoische Erregung (man wolle die Soldaten im Quartier überfallen und töten) durch. Des weiteren führt Sommer epilepsieähnliche Krankheitsbilder auf anderweitiger, z. B. toxischer Grundlage an (so einen Dämmerzustand nach Fall auf die Magengegend im Gefecht bei einem Reservisten ohne epileptische Antezedenzien oder einen isoliert dastehenden Dämmerzustand mit Verwirrtheit und Kriegsvorstellungen bei einem gleichfalls nicht epileptischen Reservisten im Anschluß an die Mobilmachung und Alkoholgenuß) und schließlich nennt er noch gesondert epilepsieähnliche, öfter an Dämmerzustände erinnernde, aber auch stark mit hysterischen Symptomen durchsetzte Zustände, die eine Mittelstellung zwischen jenen beiden einnähmen. Bei den den epileptischen Dämmerzuständen ähnlichen Traumzuständen von Kriegsteilnehmern glaubt Sommer an das Vorliegen einer Verbindung von Schlafzuständen mit Beschäftigungsträumen, wie sie sonst im Gebiet der Neurasthenie vorkämen. Sie zeigten allerdings vielfach ein stark affektives Moment, entsprechend dem psychischen Inhalt von Kriegsträumen.

Mit den nichtepileptischen Anfällen beschäftigen sich verschiedene Arbeiten. Stier hebt unter den „intermediären" (weder epileptischen noch hysterischen Charakters) zunächst die Synkopeanfälle hervor, die sich als Reaktionen auf starke körperliche Anstrengungen und noch mehr auf Hitzeeinwirkung auf dem Boden einer angeborenen Labilität des Gefäßsystems darstellen und durch relativ langsamen Eintritt, unvollständige Bewußtlosigkeit, tiefe Blässe der Haut und Mangel an tonischen, meist auch an klonischen Muskelzuckungen gekennzeichnet sind. Gerade bei diesen Anfällen stelle sich nach den militärischen Kriegserfahrungen relativ bald eine psychogene Bahnung ein, so daß die Wiederkehr der gleichen Situation auch symptomatologisch meist gleichartige Anfälle auslöse. Bei diesen Fällen unterscheidet Stier dann noch im wesentlichen symptomatologisch: solche mit den Merkmalen der Synkope oder einfachen Ohnmacht mit mehr oder weniger ausgeprägten psychogenen Zutaten, andere mit schnellem Eintreten einer oft tiefen Bewußtlosigkeit und mehr den epileptischen sich nähernden motorischen Reizerscheinungen und schließlich solche mit allen Mischungen der Symptome zwischen diesen beiden Endlagen.

Als zweite Gruppe hebt Stier dann die affektepileptischen Anfälle mit ihrer Abhängigkeit von affektiven Erregungen und dem Verschwinden bei Anstaltsruhe ohne Sonderbehandlung und als dritte endlich die

— weniger scharf begrenzten — psychasthenischen Krämpfe der Psychopathen und die von Rhode beschriebenen Anfälle heraus.

Hauptmann unterscheidet 1. hysterische Anfälle mit charakteristischem Durchscheinen des Willens zur Krankheit; 2. reaktiv-psychogene, emotionell auch gegen den Willen ausgelöst, nachdem einmal durch ein emotionelles Moment eine Bahnung erfolgt ist; 3. psychasthenische, bei deren Entstehung erschöpfende Momente bei vorhandener Anlage (Vasomotoriker!) eine Rolle spielen.

Die letzten beiden Gruppen entsprechen wohl annähernd den von Stier aufgestellten intermediären. Bezüglich des Verhältnisses der reaktiv-psychogenen zu den hysterischen Anfällen läge es nahe zu sagen: Die emotionell ausgelösten und gebahnten „reaktiv-psychogenen" sind nach erfolgter Bahnung so gut wie durch andre psychische Einflüsse naturgemäß auch durch Wunsch und Willen auslösbar. Wird nun der reaktiv-psychogene Anfall trotz äußerlich gleichbleibendem Bilde. zum hysterischen, wenn er unter Verhältnissen auftritt, wo der Wille zur Krankheit charakteristisch zutage tritt? Und wenn das Durchscheinen des Willens im Anfall selbst als Charakteristicum des hysterischen gemeint ist, macht das Übertriebene oder stärker Aufgetragene am äußeren Bild etwas so Wesentliches aus, um in dem Streit um das Wesen der Hysterie eine Rolle zu spielen? — Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie hebt Hauptmann auf Grund von Feldzugsbeobachtungen wieder hervor, daß es unbedingt entscheidende Anfallsymptome nicht gibt, und daß die Kriegsfreudigkeit neben der Unabhängigkeit der Anfälle von emotionellen Einflüssen für Epilepsie spreche. Eine Kriegsepilepsie, also eine solche, die bei bis dahin intaktem Nervensystem allein auf psychische und somatische Feldzugsschädigungen zurückzuführen ist, stellt er in Abrede. In 99% fand sich hereditäre Belastung, degenerative Stigmata oder Anzeichen einer epileptischen Anlage. Bei den Patienten mit psychogenen Anfällen war der Prozentsatz der erblich belastenden Momente und Entartungszeichen fast ebenso hoch (90%).

Rosenfeld stellt an nichtepileptischen Anfällen bei Kriegsteilnehmern zusammen:

1. Hysterische Anfälle und Dämmerzustände. Hier hatten, soweit Disposition und Belastung fehlte, stets schwere körperliche oder psychische Schädigungen während der Dienstzeit eingewirkt.

2. Affektive Anfälle und Dämmerzustände. Sie treten bei Individuen mit starker Affektivität und dauernd abnormer Affektlage auf geringfügige äußere Einflüsse (auch leichte Alkoholexzesse) auf, äußern sich in zornmütigen Erregungen, in deren Verlauf es dann nach allerhand Gewalttätigkeiten zu Bewußtseinstrübungen mit koordinierten Muskelkrämpfen kommt. Die Fälle haben gewisse Beziehungen zu den hysterischen, wie sie auch oft den Eindruck willkürlicher Produktion machen. 3. Schwindelzustände mit leichten Bewußtseinverlusten (Ohnmachten), ohne Krampfanfälle bei allgemeiner Erschöpfung. Sie stellen sich als Folge einfacher Körperanstrengungen bei schwächlichen, erregbaren, zu Kopfkongestionen, Herzsensationen, leichtem nervösen Erschöpftsein geneigten Konstitutionen

ein und stehen sicher in Beziehung zu gewissen leichten vasomotorischen Krisen mit allgemeinen Schwindelerscheinungen, die nach Anstrengungen bei den ersten beiden Gruppen auftreten.

Schließlich zieht Rosenfeld noch als praktisch für Fragen der Kriegsdienstbeschädigung bedeutsam Anfälle von Bewußtlosigkeit resp. Krämpfen organischer Genese bei beginnenden Gefäßveränderungen und beginnender Hirnlues, sowie Anfälle von Bewußtseinsverlust mit leichten motorischen Reizerscheinungen, anscheinend infolge beginnender Herdaffektionen, mit heran.

Strümpell betont von neuem die schwere Trennbarkeit von hysterischen und epileptischen Anfällen und läßt auch jetzt noch eine Hysteroepilepsie gelten. Den plötzlichen oder allmählichen Übergang von psychogen-hysterischen Anfällen in epileptische in Gefolge vom Traumen (Granaterschütterung) betont Uhlmann.

Meyer weist auf die Häufigkeit von Krampfanfällen psychogener Art bei Individuen hin, die zwar allgemein nervöse Klagen aber keine anderweitigen psychogenen Erscheinungen darbieten. Er sieht in den Anfällen die einfachste und darum wohl häufigste psychogene Reaktionsform eines nicht eigentlich psychogen gearteten, sondern einfach kranken oder wenigstens irgendwie geschwächten Nervensystems.

Die Fälle von echter Kriegsepilepsie bei vorher Gesunden begegnen, wie eben wieder die Hauptmannsche Feststellung bestätigt, immer wieder weitgehenden Zweifeln an der Einwandfreiheit der Beobachtungen. Weygandt hält diese Fälle anamnestisch nicht für genügend geklärt. Seige weist speziell auf die ständige Überwachung im Kriege, zumal im Schützengraben hin, die eine große Anzahl bisher überschner Epileptiker zur Entdeckung bringe. Die Mitteilung Levy-Suhls, daß man ungewöhnlich oft von jüngeren Soldaten mit aller Bestimmtheit die Angabe erhalte, sie hätten den ersten epileptischen Anfall im Feldzug während anstrengenden Marsches, im Schützengraben oder auf dem Wege dahin erlitten, dürfte sich kaum auf echte Epilepsie beziehen, zumal ja Levy zugleich die besondere Beeinflussung der Anfälle durch emotionelle Erregungen und ihr Nachlassen in der Lazarettruhe betont. Unter E. Meyers genuinen Epilepsien hatten jedenfalls mehr als 93% frühere Nervenstörungen — fast ausnahmslos Anfälle — geboten. Nur $^1/_3$ von ihnen war im Felde gewesen. Zunahme der Anfälle im Felde waren allerdings wiederholt angegeben.

Aschaffenburg hält übrigens auch die genuine Epilepsie nur für ein Krankheitsbild, ein Syndrom, als dessen Ursache sehr verschiedene Prozesse in Betracht kämen.

Traumatische Epilepsien fand Jolly etwa bei $^1/_5$ chirurgisch geheilter Schädelschüsse mit Knochenverletzungen. Der erste epileptische Anfall trat in der Regel innerhalb etwa 10 Monaten nach der Verletzung auf, durchschnittlich nach 5 Monaten. Die Störung entwickelte sich besonders bei schweren Schädelschüssen mit residuären Schädeldefekten, Pulsation und grob organischen Symptomen. Bezüglich der Stelle der Verletzung waren alle Schädelgegenden gleichmäßig vertreten.

Tilmann schreibt vor allem chronisch entzündlichen Prozessen an

den Schädelknochen, den Hirnhäuten und dem Gehirn, die ätiologische Bedeutung für die traumatische Epilepsie zu, wobei der Schwerpunkt in den Subarachnoidalräumen liege.

Poppelreuters wesentlichstes Resultat seiner Beobachtungen an Kriegshirnverletzten gipfelt in dem Satze: Es ist kein Gehirnverletzter ohne Epilepsie. Zur Bestätigung brauche man, wie er meint, dabei durchaus nicht die Symptomatologie der Epilepsie ins Uferlose auszudehnen, bzw. die schwierige Abgrenzung von den „nervösen" Beschwerden der Hirnverletzten und übrigen Nervenkranken zu vollziehen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen „neurologischer" und „psychiatrischer" Epilepsie betont er, die erstere überwiege bei den Hirnverletzten die letztere dermaßen, daß man bei Symptomen letzterer Art nach besonderen hinzukommenden Ursachen fahnden müsse, etwa nach Verschiedenheiten in der Lokalisation circumscripter Prozesse, oder Differenzen in der Stärke der die ganze Oberfläche befallenden allgemeinen Prozesse. Auch endogenen Momenten glaubt Poppelreuter beim Auftreten der Epilepsie infolge Hirnverletzungen, wie auch bei der Ausprägung der Symptome eine Rolle zuschreiben zu müssen, so etwa der individuellen Reizbarkeit bzw. psychopathischen Veranlagung. Aus dem seltnen Vorkommen von plötzlichen Affekthandlungen und Dämmerzuständen bei Hirnverletzten schließt er, daß deren besondere Ursache in der psychopathischen Veranlagung und nicht in der traumatischen Epilepsie allein liege. Übrigens sieht er die Berufsbrauchbarkeit und sozialen Eigenschaften der hirnverletzten Epileptiker nicht durchweg pessimistisch an.

Von der

Imbezillität

ist nur zu erwähnen, daß Anton die Infantilen als disziplinabel und anpassungsfähig heraushebt, Goldstein Halluzinationen und Illusionen besonders bei Schwachsinnigen sah, Krapoll mehrere erethische Imbezille mit Erregungszuständen bald nach der Einstellung beobachtete, und Henneberg Fuguezustände ohne epileptische Momente: periodische Unruheverstimmungen mit Unerträglichkeitsaffekt bei luzidem Bewußtsein ohne Erinnerungslücken bei einem debilen Kanonier anführt.

Manisch-depressives Irresein.

Unter Meyers manisch-depressiven Fällen fanden sich depressive Erscheinungen mehr als doppelt so oft im Krankheitsbilde vorherrschend als manische. Mehr als die Hälfte der Patienten war schon früher besonders mit psychischen und depressiven Störungen krank. Art und Verlauf bot nichts Besonderes. Der weitaus größere Teil war im Felde gewesen. Die Zahl vorangegangener, besonderer schädlicher Einflüsse war nur gering (einige Male Verwundungen, Gehirnerschütterungen sowie besonders schwere seelische Erregungen). Ein engerer Zusammenhang zwischen Kopfverletzungen und manisch-depressivem Irresein im Sinnne von Pilcz ließ sich nicht feststellen. Allerdings waren gerade die Fälle mit nachweisbaren äußeren Schädigungen fast ausnahmslos früher gesund gewesen. Doch spricht die große Zahl früher Kranker ebenso wie die Seltenheit psychischer

Ursachen nach Meyer nicht für die ursächliche Bedeutung des Kriegsdienstes bei der Entwicklung des manisch-depressiven Irreseins. Zu ähnlichem Ergebnis kommt Bonhöffer, der keine Zunahme dieser Krankheitsform und nur ein häufigeres Auftreten depressiver Reaktionen bei konstitutionell Depressiven anerkennt.

Levy-Suhl führt aus einem Kriegslazarett in der Nähe der Front immerhin eine ganze Anzahl manisch-depressiver Erkrankungen — teils Depressionszustände mit schwerer Angst resp. vorwiegend hypochondrischen Vorstellungen und periodischer Verstimmung, teils manische und hypomanische Bilder — an. Baller fand im Festungslazarett im Gegensatz zu Weierts 2% Friedenserkrankungen 6% im Krieg (vorwiegend depressive), und nimmt daher eine spezifische Wirkung des Krieges auf diese Krankheitsform an. Hübner sah nur am Anfang des Krieges eine Häufung von zirkulären Psychosen. Tausk fand Melancholien bei einem großen Material, das er meist direkt von der Front in ein Reservespital bekam, ziemlich stark vertreten: einige Male mit Suicidversuchen, meist unproduktive, stuporöse Formen, in einem Drittel der Fälle mit Angst und bei tiefstehenden Bauern den Anblick eines traurigen kranken Haustiers bietend. Er führt übrigens außerdem eine Anzahl „Kriegspsychosen" bei Kriegsteilnehmern und anderen an, die durch ein Nebeneinander von melancholischen und paranoischen Symptomenkomplexen (Eigenbeziehung, Beachtungs-, Verachtungsideen usw.) gekennzeichnet waren und mehr oder weniger Kriegsinhalt aufwiesen. Der kurze Bericht gestattet, zumal bei fehlendem Überblick über den Verlauf, kein Urteil darüber, ob es sich um eine Wahnbildung auf manisch-depressiver Basis, um eine beginnende Schizophrenie oder sonstwie geartete Psychosen handelt. Tausk selbst kommt, falls ich die in Freudschem Geiste gehaltene Darstellung richtig übersehe, zu dem Schlusse, daß hier „korrelative Partialprozesse in der Aufarbeitung spezifisch qualifizierter Libido" vorliegen. Zur Bestätigung dieser Auffassung führt er des weiteren akut im Felde ausgebrochene Fälle mit hochgradiger Angst und Verfolgungsideen heran, die er als akute Angstparanoia anspricht und zu der er anscheinend auch die sonst als Schreckneurosen herausgehobenen Formen zählt. Sie soll insbesondere als „Vereinsamungsneurose" die unter fremdsprachigen Individuen vereinsamten Soldaten befallen. Er meint im übrigen, daß man nur mit der Psychoanalyse in der Aufklärung der Kriegspsychosen weiter komme[1]).

Dementia praecox.

Unter Meyers sehr großem Soldatenmaterial der ersten zwei Kriegsjahre ergaben die Dementiapraecoxfälle 7,5%, gegenüber dem Friedens-

[1]) Bezüglich der Stellungnahme der „Psychoanalytiker" zu den neurologisch-psychiatrischen Kriegserfahrungen ist vielleicht die Äußerung des allerdings eigne Wege einschlagenden Stekel erwähnenswert: „Freud behauptete bekanntlich, die Ursache aller Neurosen sei in der Verdrängung der Sexualtriebe zu suchen. Diese Ansicht läßt sich nach den Erfahrungen des Krieges nicht aufrechterhalten." — Nach Stekel gibt es übrigens unter den Neurosen der Daheimgebliebenen eine „Geldneurose", eine „Verschwendungsneurose" usw.

durchschnitt also keine besonders hohe Zahl. Nach anfänglich geringerer Anzahl in den ersten acht Kriegsmonaten erfolgte ein starkes Ansteigen im letzten Drittel des ersten Kriegsjahres, dann aber ein nicht unerheblicher Abfall. Das Erkrankungsalter entsprach den sonstigen Erfahrungen. Über die Hälfte wies sicher schon vor dem Kriege Schäden des Nervensystems auf. 65% waren kürzere oder längere Zeit im Felde; von diesen war über ein Drittel schon vor dem Kriege nerven- und geisteskrank. Nur bei 17% waren besondere Kriegsnoxen nachweisbar. Krankheitsbild und Verlauf boten nichts Ungewöhnliches. Ein auffallend häufiges schnelles Abklingen des Krankheitsanfalls ließ sich durch den Gesamtüberblick nicht bestätigen. Eine Verarbeitung des Kriegskomplexes in stärkerem Umfange ließ sich nur in einem verhältnismäßig kleinen Teil der Fälle feststellen. Alles in allem tritt also nach Meyer die Dementia praecox bei Angehörigen des Heeres in Kriegszeit weder häufiger noch in anderen Lebensaltern, noch in anderer Weise wie im Frieden auf, und ebensowenig gehen ihr häufiger als im Frieden äußere Momente voran. Im übrigen haben — was wohl allenthalben aus der Anstaltserfahrung bestätigt werden kann — sicher Schizophrene den Krieg mit allen seinen Aufregungen und Anstrengungen ohne aufzufallen monatelang oder länger mitgemacht.

Herschmann schließt aus seinen Dementia-praecox-Erkrankungen nach Granatexplosion bei Individuen ohne frühere Zeichen von Geisteskrankheit, daß das psychische Trauma bei dieser Krankheitsform doch wohl als Ultimum movens eine größere Rolle als bisher angenommen, spiele. Tintemann glaubt eine Reihe von schizophrenen Spätformen ohne Krankheitszeichen in der Anamnese in ihrer Entstehung auf den Kriegsdienst zurückführen zu dürfen. Anton hat akute Verschlimmerungen und Besserungen bei Katatonien in der Kriegszeit oft beobachtet und hält daher wenigstens eine Verschlimmerung durch körperliche und psychische Einwirkungen bei diesen Erkrankungen sehr wohl für möglich, doch sei in Friedenszeiten Anlage und Konstitution entscheidend. So fand er häufig katatonische Psychosen bei Kriegsteilnehmersfrauen ohne direkte Kriegseinwirkungen.

Nach Schmidt gehört die Mehrzahl aller im Felde auftretenden psychischen Erkrankungen trotz gewisser Ähnlichkeiten im psychischen Bilde nicht zur Schizophrenie. Damit verwechselt würden hauptsächlich die Störungen auf psychopathischer Grundlage, und zwar vorwiegend die katatonieartigen Zustandsbilder und die Erregungs- und Dämmerzustände mit Ganserfärbung. Der Geradlinigkeit und Monotonie der psychischen Inhalte bei diesen psychogenen Stupor- und Ganserzuständen und ihrer fast ausschließlichen Färbung durch die Kriegserlebnisse stünde bei der Schizophrenie die unübersehbare und bizarre Fülle von Vorstellungsinhalten aus den verschiedensten Gebieten des menschlichen Lebens gegenüber.

Anton betont auffallenderweise die innere Verwandtschaft hysterischer Reaktionen mit katatonischen Symptomen. Für die Katatonien auf hysterischer Basis nimmt er übrigens einen günstigen Verlauf in Anspruch.

Sigg erklärt die Seltenheit des Kriegskomplexes bei den Wahn-

ideen der Schizophrenien damit, daß diese dank ihrer Egozentrizität den Krieg und seine Wirkungen vergessen oder verdrängen im Gegensatz zu den Hysterischen, denen der Krieg in ihrer Gedankenwelt „alle Fäden benage".

Lückerath erwähnt Fälle von Dementia paranoides mit initialen Dämmerzuständen sowie Fälle mit schwer katatonischen Erscheinungen, die schon nach wenigen Tagen einem Zustande von Wohlbefinden und Wohlverhalten Platz machten, und bei denen weder monatelange Beobachtung irgendwelche Krankheitszeichen konstatierte, noch die Anamnese Klärung verschaffte. Die Diagnose Katatonie weist Lückerath jedenfalls bei ihnen zurück. Im übrigen sei auch hier auf schon erwähnte katatone Bilder reaktiv-degenerativen Ursprungs wie auch solche traumatischer Genese hingewiesen.

Alkoholismus.

Auffallend ist die Feststellung von Levy - Suhl, daß von einer Anzahl in einem im Kriegslazarett in der Nähe der Front aufgenommenen Psychosen beinahe ein Viertel die alkoholischen in ihren verschiedenen Formen ausmachten: meist chronische, mit irgendwie ausgelösten akuten Erregungs- oder Verwirrtheitszuständen, wiederholt pathologische Räusche und Delirium tremens, einmal je periodische Trunksucht und Alkoholepilepsie, sodann auch Wahnbildung. Ein chronischer Alkoholist hatte als Wachposten auf Grund von Sinnestäuschungen (Franzosen mit roten Hosen in dichtem Gewimmel heranrückend) die Truppe alarmiert.

Einen recht hohen Prozentsatz (14,3%) alkoholischer Störungen fand auch Baller bei seinen Kriegspsychosen. Von ihnen war freilich nur der kleinere Teil im Felde. Die Zahl erklärt sich vor allem aus dem Altersaufbau und den Trinkgelegenheiten der Garnison. Solche Feststellungen machen immerhin Weygandts Hinweis auf eine entschieden noch zu reichliche Verwendung des Alkohols im Heere verständlich. Er bezieht sich dabei vor allem auf die vielfachen, durch Alkoholeinfluß erleichterten militärischen Delikte. Auf diesen Zusammenhang zwischen Alkoholgenuß und Kriminalität — speziell auch Roheits- und militärische Verbrechen — in Hinblick auf die Kriegsverhältnisse und die häufige Intoleranz der aus dem Felde Zurückgekehrten weist auch Bonne hin.

Schließlich seien noch die pathologischen Rauschzustände angeführt, die Stertz bei Typhusrekonvaleszenten, Bonhöffer bei bisher gesunden, von den allgemeinen Kriegsnoxen Geschädigten beobachteten.

Progressive Paralyse.

Weygandt hält hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Krieg und Paralyse die Frage, ob ein größerer Prozentsatz der Luesfälle infolge des Krieges gehirnkrank werde, noch nicht für beantwortbar. Aus dem Durchschnittsalter einer Anzahl Kriegsparalysen konnte er nicht erschließen, daß der Krieg einen Ausbruch der Paralyse in früherem Lebensalter bedinge als die Friedenszeit. Auch vermochte er nicht ein kürzeres Intervall zwischen Ansteckung und Ausbruch der Erkrankung festzustellen. Dagegen glaubt

er doch in einer prozentual größeren Zahl der Fälle als sonst einen rascheren und schwereren Verlauf zu erkennen, ohne daß einzelne bestimmte Schädlichkeiten als dafür ausschlaggebend angesehen werden konnten. Demgemäß betont er die größere Kriegshäufigkeit der galoppierenden Paralyse. Auch beim Etappendienst glaubt Weygandt, daß die plötzliche Versetzung in eine so fremdartige, oft höchst anstrengende und verantwortungsvolle Tätigkeit in unsicherer Umgebung usw. in der Richtung einer Kriegsparalyse auslösend einwirken könne. Noch positiver äußert sich Henneberg, der an der besonderen Gefährdung der Syphilitiker durch die Feldzugsstrapazen gar keinen Zweifel hegt, da Tabes, Taboparalyse und Lues cerebri so häufig während des Feldzugs manifest würden. Zahlenmäßige Belege für diese Angaben gibt Henneberg leider nicht. — Im übrigen scheint mir wiederum die Seltenheit von Haftparalysen, die immerhin bis zu einem gewissen Grade wenigstens wegen der weitgehenden Veränderung der äußeren Lebensbedingungen zum Vergleich herangezogen werden könnten, nicht gerade für die Bedeutung allgemeiner äußere Schädlichkeiten bei der Paralyse zu sprechen.

Weit weniger positiv nach dieser Richtung hin ist Meyer. Er fand nur etwa 2,5% Paralysen unter seinen zahlreichen Soldatenaufnahmen, und zwar auch mit einer der Friedenserfahrung entsprechenden Altersverteilung. 41% waren früher nachweislich krank, nervös oder geistig abnorm. Verlaufszeit und Schwere boten keinen wesentlichen Unterschied gegenüber den Friedensfällen. Psychische Schädigungen spielten keine Rolle. Traumatische Noxen wurden einige Male angegeben. Ähnlich sind auch die Feststellungen von Baller. Nach Bonhöffer haben speziell die Erschöpfungseinflüsse des Krieges bisher nicht frühzeitiger zur Paralyse geführt. Eine Verkürzung der Inkubationszeit unter diesen Einwirkungen ließ sich nicht nachweisen und ebensowenig, daß gerade die frisch erworbene Lues unter Erschöpfungseinflüssen sich mit Vorliebe am Nervensystem festsetze. Doch gibt Bonhöffer eine Begünstigung der Entwicklung der cerebrospinalen Lues durch Erschöpfungsnoxen zu. Mehrfach sah er übrigens, daß hinter einer im Feldzug entwickelten Epilepsie eine neurologisch sonst symptomenlose Lues steckte.

Erwähnt sei hier noch, daß Meyer mehrere Fälle von Hirnarteriosklerose mit leichteren oder schwereren psychischen Abweichungen sah — alle über 45 Jahre alt, meist mit chronischem Alkoholismus —, die sämtlich im Felde gewesen waren.

Infektions- und sonstige symptomatische Psychosen.

Stertz beobachtete eine Anzahl Psychosen bei Typhusrekonvaleszenten. Zunächst wiederholt die Übernahme einzelner Wahnvorstellungen aus dem Typhusdelir in die Genesungsperiode auch nach Wiedereintritt der Gedankenordnung und Orientierung. In dem einen Falle mit Kriegsgrößenideen entsprangen aus dem Residualwahn, der sich neben den Zeichen einer posttyphösen Neurasthenie fand, einzelne Beziehungswahnvorstellungen (glaubte sich beachtet und angesehen), sowie auch reaktive Handlungen (Karte an den Kaiser, machte große Bestellun-

gen). Ein Fall erschien besonders durch artikulatorische Sprachstörung und Mitbewegungen und Flattern der Gesichtsmuskeln paralyseähnlich, doch konnte durch die Wassermannsche Reaktion und den psychischen Befund diese Psychose ausgeschlossen werden. Eine leichte Lymphocytose wies auf einen Reizzustand der Meningen hin. Ein Fall bot das Bild eines postinfektiösen Stupors mit den charakteristischen — auch retrograden — Erinnerungsstörungen der Korsakoffschen Psychose. Häufig dürften nach Stertz' Erfahrungen Korsakoffsche Störungen bei Typhus nicht sein. In einem Falle war die Differentialdiagnose postinfektiöser oder hebephrener Stupor schwierig (vgl. 3. Bericht S. 376). In einigen Fällen ließ sich mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose Schizophrenie sowie auch die relative Unabhängigkeit der Erkrankung vom Typhus feststellen. Ein eigenartiger Zustand geistiger Schwäche wird von Stertz als psychogene Pseudodemenz — autosuggestive Verstärkung der Vergeßlichkeit und Gedankenlosigkeit der Rekonvaleszenz — gedeutet. Vereinzelt beobachtete er pathologische Räusche bei Typhusgenesenen, einmal mit militärischen Insubordinationsverstößen. Herabgesetzte Alkoholresistenz fand sich dagegen häufiger. Nachweisliche stärkere Verstimmungen sprachen, wie schon bei den posttyphösen nervösen Schwächezuständen erwähnt, für eine bereits vorher bestehende psychopathisch-nervöse Anlage. Gelegentlich schienen Beziehungen zu manisch-depressivem Irresein zu bestehen, fast immer Verbindung mit den genannten neurasthenischen Erschöpfungszuständen. Euphorie fand sich in der vorgeschrittenen Rekonvaleszenz im allgemeinen, hypomanische oder manische Erregung nur ganz vereinzelt.

Bezüglich der Fähigkeit des Typhus wie auch anderer Infektionskrankheiten, als auslösende Ursachen von Störungen zu wirken, die sonst auf anderer Grundlage entstehen, verhält sich Stertz auf Grund seiner Erfahrungen sehr skeptisch und betont ihre große, den Zufall nicht ausschließende Seltenheit. Nachdem so für infektiös-toxische Noxen bestätigt wird, was oben für Emotions- und Erschöpfungsschädlichkeiten festgestellt wurde, wird man nun wohl die bisher gar zu lax behandelte Frage der „auslösenden“ Ursachen im Psychosengebiet einmal etwas kritischer vornehmen müssen.

Lückerath erwähnt einige Fälle von tödlich verlaufenem Delirium acutum aus der Heimat, die durch die Mobilmachung aus ihrem Beruf herausgerissen, unterwegs mit stürmischen Erscheinungen von Tobsucht und Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen erkrankten, keine besonderen körperlichen Symptome boten und anatomisch starke Hirnhyperämie — in dem einen Falle schwere Veränderungen der Ganglienzellen — zeigten. Eine genauere Diagnose ließ sich nicht stellen. Levy-Suhl führt zwei Begleitdelirien bei Amputation und Pneumonie aus einem Feldlazarett an.

Kreuser beobachtete einen Patienten, dem ein Granatsplitter die ganze linke Lunge von ihren Verbindungen abgerissen hatte und der unter dem Einfluß der schweren Atemnot außerordentliche schwere Angstzustände und Verwirrtheit bekam. An die Türckschen Beobachtungen

psychotischer Erscheinungen bei Asphyktischen nach Verschüttungen sei schließlich auch hier erinnert.

Organisch-traumatische psychische Störungen.

Allers Ausbeute an psychischen Störungen bei Kopfschüssen war an dem sehr großen Material eines Reservespitals relativ gering. Schwere Kommotionspsychosen fehlten nahezu vollständig, ebenso Erscheinungen von retrograder Amnesie, wie von Amnesie überhaupt, so daß also auch die abortiven und leichten Formen der Kommotionspsychose bei Schädelschüssen sehr selten sein müssen. Zumeist konnten die Kranken nicht nur über die Art der Verletzung, sondern auch über allerhand Einzelheiten und die näheren Umstände recht genaue Angaben machen. Im Gegensatz dazu kamen bei anderen Schädeltraumen (Schädelfrakturen durch Sturz und insbesondere Hufschlag) gelegentlich ganz typische Zustandsbilder der Kommotionspsychose zur Beobachtung.

Bedeutend häufiger fand sich bei Hirnschüssen das „apathische Syndrom“: eigenartige Apathie mit Interesselosigkeit und Auffassungserschwerung bei im ganzen erhaltener Orientierung und Bewußtseinsklarheit. Dabei — mit der Auffassungserschwerung zusammenhängend — eine oft sehr beträchtliche Verlangsamung der sprachlichen und motorischen Reaktionen und eine Bewegungsstörung, die sich als Mangel an Elastizität, als Inertie charakterisieren ließ. Die im allgemeinen apathisch-interesselose Stimmung zeigte manchmal depressive Färbung. Krankheitseinsicht fehlte vollkommen, sehr oft auch ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Sonstige psychotische Phänomene (Sinnestäuschungen, Wahnideen, Verwirrtheitszustände, Merk- und Gedächtnisstörungen) bestanden nicht. Der Zustand trat unter Umständen recht frühzeitig auf und blieb lange bestehen. Durch Operation ließ sich ein durchgreifender Umschwung erzielen. Ein Zusammenhang zwischen dem apathischen Syndrom und der Kommotionspsychose scheint nach Allers nicht zu bestehen, wenn dieses auch aus jener entstehen kann. Jedenfalls fehlen die typischen Merkmale der letzteren dem apathischen Syndrom, auch spricht der entscheidende Einfluß des operativen Eingriffs bei diesem Zustandsbild dagegen. Allers bringt vielmehr die Störung in Abhängigkeit von der Hirnläsion als solcher, ohne aber einen Parallelismus zwischen der psychischen Störung und der Schwere der Verletzung oder den nervösen Ausfallserscheinungen oder dem anatomischen Sitz der Läsion anzuerkennen. Eine Übereinstimmung des Zustandsbildes mit den psychischen Hirndruckssymptomen bei Gehirntumoren erkennt Allers an, läßt aber eine etwaige Beziehung zum Hirndruck dahingestellt. Daß etwa das apathische Zustandsbild nicht für die Kopfverletzten charakteristisch sei, sondern den Schwerverletzten überhaupt zukomme, weist er entschieden zurück, da deren Verhalten — großes Interesse für das eigene Geschick und Leiden, Fehlen der Reaktionsverlangsamung und Auffassungserschwerung usw. — ein ganz anderes sei.

Bei Hirnabsceß beobachtete Allers einmal ein hypochondrisch-depressives Zustandsbild. Bei allen Fällen von eitriger Meningitis nach Hirnschüssen — und zwar sowohl basaler wie Konvexitätsmeningitis —

sah er Delirien, und zwar in der Mehrzahl ein subdelirantes Hindämmern mit leichter motorischer Unruhe. Nur einmal wurde ausgesprochene Euphorie mit leicht manischen Zügen und einmal — bei einem operiert Eingelieferten — ein euphorisches Delir beobachtet. Vereinzelt war anfangs das Bewußtsein ungetrübt, manchmal bestand hochgradige Unruhe, zuweilen furibunde Delirien. Mehrfach wurden rhythmische Wort- und Satzwiederholungen wie auch rhythmisches Klopfen und Indiehändeschlagen bemerkt. Perseveration und Echolalie wurden übrigens auch bei Hirnabsceß beobachtet. Eine rasch verklingende delirante Episode nach Art der meningitischen Delirien sah Allers auch einmal bei einem Kranken mit Schädelbasisverletzung ohne Rindenläsion und Hirndruckerscheinungen.

Bei zwei Stirnhirnverletzungen beobachtete Allers schließlich einen eigenartigen dementiellen Prozeß — Intelligenzausfall mit läppischer Euphorie —, desgleichen eine moriaartige Euphorie bei Stirnlappenabsceß. In mehreren Fällen von „verflüssigender Encephalitis“ bestand ein ganz typisches, von den sonst beschriebenen abweichendes Krankheitsbild: initiales, depressives Stadium mit hypochondrischer Ängstlichkeit, nach einigen Tagen unvermittelter Übergang in einen Zustand äußerster Euphorie, der mit zunehmender Schlafsucht in das terminale Koma überging („euphorischer Symptomenkomplex“).

Psychogene Symptome traten bei den Schädelschüssen im Gegensatz zu den Friedenskopfverletzungen stark in den Hintergrund. Gerade die schweren Fälle von Kopfverletzungen waren von funktionellen Bildern frei. Eine ausgeprägt traumatische Hysterie fand sich nur ein einziges Mal bei einem ganz geringfügigen Streifschuß der Stirnscheitelgegend.

Hysterische bzw. psychogene Psychosen sah Allers überhaupt nicht. Einmal beobachtete er in der Wundheilung nach Kopfschuß eine als psychogen von ihm aufgefaßte Störung bei einem bosnischen Soldaten, der sich mit der Umgebung nicht verständigen konnte.

Berger sah in einem Kriegslazarett nahe der Front, also wohl bei vorwiegend frischen Fällen, ähnlich wie Allers bei Hirnverletzten keine Kommotionspsychosen. Sofort nach der schweren Gehirnverletzung kamen verschiedentlich heftige Erregungszustände vor. Bei frischen Stirnhirnverletzungen fehlten in der überwiegenden Mehrzahl ausgesprochene Ausfallserscheinungen auf geistigem Gebiete, und dies u. a. auch in Fällen mit schwersten Verletzungen. Andererseits beobachtete er — wobei allerdings die Möglichkeit von Veränderungen der auch anscheinend unversehrten Großhirnteile bestand — bei ausgedehnter Zertrümmerung des rechten Stirnhirns Apathie mit schweren Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, ein andermal Sinnestäuschungen und Verkennung der Umgebung, sodann bei Zerstörung beider Stirnlappen Reaktionslosigkeit, aber Ausführung anscheinend willkürlicher Bewegungen von Armen und Beinen. Eine doppelseitige Stirnhirnverletzung zeigte anfangs — anscheinend als Reizsymptom — zwangsmäßig sich einstellende Schreianfälle mit rhythmischem Ablauf, daneben die bekannten psychischen Veränderungen: starke gemütliche Erregbarkeit, leicht zornmütige Stimmungslage, Witzelsucht usw.

Nach einer Schläfenlappenverletzung sah Berger vollentwickelte epileptische Krampfanfälle von der Art der genuinen Epilepsie, während er im übrigen nur Rindenanfälle und abortive Anfälle bei frischen Hirnverletzten beobachtete. Die Sektion ergab bemerkenswerterweise einen ganz kleinen Granatsplitter im Ammonshorn.

Erwähnt sei schließlich noch der Bergersche Fall einer enormen Polydipsie nach Zertrümmerung des rechten Auges und eines Teils des rechten Stirnhirns.

Röper fand unter einem recht umfangreichen Material von Schädelschüssen etwa 5% mit deutlichen Symptomen der „traumatischen psychopathischen Konstitution“ im Sinne Ziehens (s. oben). Er faßt darunter übrigens alle die geistigen Veränderungen, die nicht zur einfachen traumatischen Demenz oder zur epileptoiden Charakterveränderung zu rechnen sind, wobei er allerdings fließende Übergänge zu diesen Gruppen gelten läßt. Danach scheint er also in dieser durch erhöhte affektive Erregbarkeit, Intoleranz gegen alle Arten Reize, herabgesetzte Merkfähigkeit usw., ausgezeichneten traumatischen psychopathischen Konstitution im wesentlichen eine postkommotionelle, also im Grunde organische Störung zu sehen, während Ziehen, wie oben erwähnt, gerade den funktionellen Charakter betont. In etwa 3% der Röperschen Fälle bestand posttraumatische Epilepsie, in etwa 1% posttraumatische Demenz (teils Stirnhirn-, teils Scheitellappenverletzungen). Einmal trat eine ausgesprochene Psychose nach Stirnschuß auf, einmal außer epileptischen Anfällen ein fünf Tage anhaltender wechselnder Zustand mit heiterer Erregung, gelegentlich abweisendem, dann wieder läppischem Wesen. Zweimal sah Röper bei Stirnhirnverletzungen nächtliche Incontinentia urinae, die den Charakter eines Lokalsymptoms hatte, einmal bestanden anfangs eigenartige katatone Symptome, ein andermal eine fast unstillbare Gefräßigkeit, die sich mit den sonstigen Symptomen nicht ganz in Einklang bringen ließ.

Sigg erwähnt eine Stirnhirnverletzung mit regelmäßigem Wechsel von ausgesprochen manischen und depressiven Zuständen. Pfersdorff weist auf gewisse vorwiegend bei Kopfschüssen vorkommende transcorticale Aphasien mit Rededrang und einem sich im Bereich des Möglichen haltenden Konfabulieren hin.

Heilig hebt speziell katatonoide Symptome als gelegentliche Folgen von Hirnverletzungen heraus: plötzliches Versagen der psychischen Leistungen bei noch ungestörter Leistungsfähigkeit, Dissoziationserscheinungen, Perseveration, Kleben, evtl. gemischt mit paraphasischen Störungen: Klebeparaphasie. Der besondere Charakter dieser Symptome läßt Heilig einen inneren Zusammenhang der Stirnhirnfunktionen mit den Schädigungen bei der katatonischen Form der Dementia praecox vermuten. Einen besonders prägnanten Fall dieser Art sah Rosenfeld: ein typisch katatonischer Stupor mit Mutazismus, Haltungssterreotypien usw., der zwei Monate anhielt und sich allmählich bis zu anscheinender Norm zurückbildete, nach Schußverletzung beider Frontallappen. Anfänglich bestanden auch noch geringfügige Hirndrucksymptome und außerdem eine Geh- und Sehstörung

nach Art der frontalen Ataxie. Wer dazu neigt, weitgehende Schlüsse vom Symptom auf die Krankheitsform zu machen, wird in solchen Fällen eine Bestätigung des verschiedentlich anerkannten Causalzusammenhangs zwischen Kopfverletzung und Schizophrenie sehen.

Fälle von Charakterveränderung infolge Schädelverletzung erwähnt Voss. Der eine wurde verschlossen und unwahr. Die Eigenheiten verschwanden nach Aufmeißelung einer im Schläfenbein festgestellten Schrapnellkugel. Ein anderer, kriegsfreiwilliger Gymnasiast, verübte nach Verschüttung und Granatsplitterverletzung der einen Gesichtshälfte (Enukleation des Auges, Feststellung von Granatsplittern in Augenhöhle und deren Nachbarschaft — Stirnhirn) dienstliche Vergehen. Er lief auch aus der Kaserne fort, ohne klare Erinnerung an das Fortlaufen, litt auch periodisch an Kopfschmerzen. Hier bestand allerdings der Verdacht einer traumatischen Epilepsie. Aschaffenburg erwähnt das Eintreten von moralischer Minderwertigkeit nach Kopfverletzung (Schrapnellverletzung der Schläfe), die durch Operation behoben wurde.

Bei der traumatischen Demenz, (Merkmale: Erschöpfung, erschwerte Merkfähigkeit sowie erschwerte Auffassungs-, Urteils- und Aufmerkensfähigkeit) hebt Aschaffenburg im Gegensatz zu Oppenheim das nicht seltene Vorkommen gröberer Intelligenzdefekte nach Schädelschüssen hervor. Das Auftreten allmählicher Verblödung erheblicher oder umschriebener Art führt er auf zahlreiche kleine Herde nekrotischen Zerfalls und kleinste „mikropathologische“ Zellveränderungen zurück. — Bemerkenswert ist übrigens ein von ihm beobachteter Fall von ganz isoliertem Verlust der vorher guten visuellen Reproduktionsfähigkeit nach rechtsseitiger Scheitelbeinverletzung.

Psychiatrisch-Forensisches und Gutachtliches.

Kriminalpsychiatrisches.

Unter Hübners forensischem Material fanden sich bei dem Delikt der unerlaubten Entfernung unter den Unzurechnungsfähigen schwere Angstzustände mit Hemmung, poriomanische Attacken, Zustände pathologischer Reizbarkeit und Neigung zu Verstimmungen, zum Teil durch Alkohol gesteigert, hysterische Dämmerzustände, Erregungszustände mit und ohne Eifersuchtsvorstellungen, episodische Störungen (leider nicht klinisch charakterisiert!) bei jungen Leuten, die während der Ausbildung durch den Dienst stark mitgenommen wurden, wobei gelegentlich auch Schwachsinn eine gewisse Rolle spielte. — Unter den Zurechnungsfähigen befanden sich zahlreiche psychopathisch Minderwertige, zum Teil mit Heimwehmotiv, sodann auch chronische Alkoholisten. Bei unerlaubter Entfernung in Verbindung mit Selbstbeförderung zu höheren Chargen und Selbstverleihung von Ordensauszeichnungen und Schwindeleien wirkte oft auch Großmanns- und Renommiersucht mit.

Beim Delikt der Feigheit handelte es sich in einem Falle um eine plötzliche Lähmung beider Beine, die den Patienten hinderte, einen Dienstbefehl, der ihn in große Gefahr brachte, auszuführen; in einem anderen

um Auftreten von anfallsweisem Zittern während des Gefechtes; in einem dritten darum, daß ein Mann, dessen Gasmaske nicht ganz funktioniert hatte, bei einem Gasangriff in die hinteren Gräben gelaufen war. Er zeigte übrigens keine objektiven Symptome einer Gasvergiftung.

Unter den Verstößen gegen die militärische Unterordnung ist zunächst Schützengrabenneurasthenie jüngerer Soldaten mit sekundärem Alkoholismus zu nennen. Sodann vor allem der pathologische Rausch und Neurasthenie, deren Reizbarkeit durch mäßige Alkoholmengen noch gesteigert war, des weiteren auch einige epileptische Verstimmungen und schließlich eine durch Alkohol verstärkte Schlaftrunkenheit bei einem Imbezillen.

Bei einigen Fällen von Wachvergehen handelte es sich um anfallartige Zustände oder Bewußtseinstrübungen, bei denen die genossene Alkoholmenge die Schwere des Zustandes nicht erklärte.

Bei Totschlag handelte es sich einmal um einen Halluzinanten, bei einem zweiten um einen alkoholisch ausgelösten epileptischen Dämmerzustand, bei einem dritten um sinnlose Betrunkenheit nach geringem Rumgenuß und vorangegangenen körperlichen Entbehrungen und Strapazen, in zwei weiteren Fällen um rezidivierende Dämmerzustände mit Personenverkennung, bei einem letzten um krankhafte Reizbarkeit eines von körperlichen Schädigungen betroffenen, direkt aus den Tropen in den Kriegsdienst gekommenen Soldaten.

Bei den meisten Sexualdelikten spielte der Alkohol eine Rolle. In einem Falle bestand eine komplizierte Sexualperversion bei Hysterie.

Pönitz teilt die Fahnenflüchtigen seiner Beobachtung in drei Gruppen: 1. die Psychotischen (Paranoide, Demente, Hebephrene, Katatoniker, Paralytiker, eine Trinkerhalluzinose, eine akute halluzinatorische Paranoia), mit teils deutlichem, teils fehlendem Zusammenhang zwischen Delikt und Psychose. 2. Grenz- und Übergangsfälle (von Gesunden abgesehen, Psychopathen, Schwachsinnige, Infantile und Hysteriker, in geringerer Zahl Epileptiker und Alkoholiker) mit psychologisch verständlichem Motiv. Bei ihnen versucht Pönitz noch eine Untergruppierung, je nachdem Zielvorstellungen oder Affektstörungen das Haupt„motiv“ zur Fahnenflucht abgeben. Bei der ersten Unterabteilung hat der „Weglaufer“ „ein bestimmtes, an anderer Stelle liegendes Ziel vorm Auge, das ihm bewußt sein kann, aber auch im Unterbewußtsein schlummern kann“. Als Motive kehren dabei vor allem Heimweh, sexuelle Zielvorstellungen, Eifersucht, bei reizbar Affektiven und Abenteurernaturen auch der Trieb ins Feld zu kommen, wieder. Bei der zweiten Untergruppe mit dem ausschlaggebenden Einfluß von (vorwiegend unlustgefärbten) Affektstörungen ist der „Hauptwunsch der, zeitlich oder für immer von der Truppe wegzukommen“. Hierher gehören Menschen mit ausgesprochenem Freiheitsdrang und Unabhängigkeitsgefühl, die vagabundierenden Psychopathen, ausgesprochene Negativistische, Widerspenstige, Unzufriedene mit ausgeprägten Unlustempfindungen, die Weglaufer aus Feigheit, aus Furcht vor der Strafe, sowie die Schwächlichen, Imbezillen und Hypochonder. Zu dieser Hauptgruppe, die mit 70% den Hauptanteil an den Fahnenflucht-

begutachtungsfällen ausmachte, kommen dann noch als dritte mit 10% die Fuguezustände, die hauptsächlich ein neurasthenisches Zustandsbild boten, und nur in einem Falle auf Epilepsie und Hysterie sich zurückführen ließen. Nach ihrem Vorleben konnten die Fälle als Psychopathen bezeichnet werden. Einige seit früher Jugend bestehende Fuguezustände mußten bei dem Fehlen aller intervallären Abweichungen als idiopathische bewertet und zunächst noch als Krankheit sui generis aufgefaßt werden.

Daß die Fahnenflüchtigen eine psychologisch wie klinisch recht gemischte Gesellschaft darstellen, war schon aus der Friedenserfahrung zur Genüge bekannt und ohne Zweifel verlohnt sich auch, eine Differenzierung und Gruppierung je nach der klinischen Grundlage, den äußeren Anlässen, den inneren Motiven, sowie dem psychologischen Charakter der zum Delikt führenden Vorgänge vorzunehmen. Daß die Pönitzsche Gruppierung, soweit sie über das Allergröbste hinausgeht, in dieser Hinsicht recht befriedigt, kann man eigentlich nicht sagen. Die psychologische Zweiteilung, je nachdem Vorstellungen oder Affektstörungen den Ausschlag für das Fortlaufen abgeben, wird von Pönitz nicht scharf genug durchgeführt, so daß er beispielsweise ein so exquisit emotionelles Moment, wie das Heimweh, in die Vorstellungsgruppe rechnet, umgekehrt für die affektive Gruppe den „Hauptwunsch, zeitlich oder für immer von der Truppe wegzukommen", also doch ganz gewiß eine Zielvorstellung als charakteristisch heraushebt. Vielleicht wäre es zweckmäßiger, wenn man sich für die Differenzierung mehr an den allgemeinen psychologischen Charakter des Vorgangs hielte, und dementsprechend die mehr triebartige, impulsive Fahnenflucht einerseits, die vorsätzliche ziel- und zweckbewußte andererseits auseinanderhielte. Auch die Trennung der Fuguezustände, bei denen ausdrücklich die bekannte Bedeutung der Verstimmungszustände hervorgehoben wird, von dem affektiv bedingten Weglaufen, scheint mir weder klinisch noch psychologisch genügend scharf durchgeführt und wohl auch nicht durchführbar. Warum man schließlich die von früher Jugend bestehenden „idiopathischen" Zustände mit ihrer dysphorischen Grundlage selbst beim Fehlen sonstiger konstitutionell-abnormer Züge nicht, wie naheliegend, den Psychopathen zurechnen soll, vermag ich nicht einzusehen.

Eine Anzahl im Kriegsdienst unsozialer Psychopathen führt Tintemann an, einzelne davon übrigens Fürsorgezöglinge. Der eine mit hochstaplerischer Betätigung während des Garnisonaufenthalts, ein anderer, der sich im Felde (Eisernes Kreuz erster Klasse) besonders ausgezeichnet hatte, aber doch in der Garnison bald wieder versagte (Betrug), ein dritter, der aus seiner Abenteurer- und Schwindlernatur heraus zu Betrügereien mit Autofahrten, Kriegstrauung, Renommier- und Phantasielügen gekommen war. Sodann ein schwer hysterischer, schon vor dem Diensteintritt mit ausgesprochenen Dämmerzuständen, Wutausbrüchen erkrankter Kriegsfreiwilliger, der den Kriegsdienst zwar ausgehalten, aber ebenfalls in der Garnison kriminell wurde und Erregungszustände bekam. — Ein jugendlicher, phantastischer und verschrobener Degenerierter mit allerlei Reformideen, der wegen Verwundung aus dem Felde zurückgekehrt, seine Entlassung aus dem Militärdienst verlangte, da seine Lebensanschau-

ungen weitere Kriegsteilnahme nicht erlaubten. Er ist übrigens später unter erneuter Beteiligung am Feldzug seelisch gereift. Ein gleichfalls schon im Felde gewesener Degenerierter, der Urlaubsüberschreitung, Gehorsamsverweigerung und andere Delikte verübt hatte, angeblich, um sich durch schwere Strafen dem Frontdienst zu entziehen, später freilich angab Stimmen zu hören. Weiter ein Fall von unerlaubter Entfernung eines Schwachsinnigen mit Heimweh als wahrscheinlichem Motiv. Ein solcher von Achtungsverletzung gegen einen Vorgesetzten: Affekthandlung eines durch Kopfverletzung psychisch geschädigten Imbezillen. Schwere Gewalttätigkeit eines nervös Disponierten im pathologischen Rausch.

Baller führt einen Fall von Fahnenflucht bei einem durch Trunksucht des Vaters belasteten Soldaten an, der bisher begeistert und erfolgreich den Feldzug mitgemacht, dann unter Erschöpfungseinflüssen eine auffallende Charakterveränderung (Nachlässigkeit, Apathie, Neigung zu Unfug) zeigte und schließlich von der Truppe verschwand, um erst nach Monaten in einem russischen Gefangenenlager mit russischem Namen als russischer Zivilgefangener entdeckt zu werden. Er bot körperlich neurasthenische Symptome, war anfangs ängstlich erregt, deprimiert, gab an, er hätte im Felde Angst- und Wutzustände bekommen, an maßlosen Kopf- und Rückenschmerzen gelitten, seinen Namen rufen hören, sei im Schlafe aufgeschreckt und hätte sich in seiner Todesangst, um nur noch einmal seine Mutter zu sehen, zu Fuß in die Heimat aufgemacht. Der Fall wurde von Baller als typische Erschöpfungspsychose infolge Kriegsstrapazen exkulpiert.

Levy-Suhl erwähnt einen degenerativ Verschrobenen, der auf Grund seiner mit paranoischer Starre und unter Trugschlüssen festgehaltenen Friedensidee auch im Felde noch die Bekämpfung des Feindes für Unrecht erklärt und dafür Propaganda gemacht hatte. Bei der ziemlichen Seltenheit solcher Fälle sei hier auch an den seinerzeit von Köppen begutachteten Schuster[1]) erinnert, der von der Idee der Abrüstung und des Weltfriedens durchdrungen und beherrscht, wenigstens im Frieden sich wiederholt weigerte, seinen militärischen Pflichten nachzukommen und damit mehrfach militärisch-forensische Konflikte herbeiführte. — Unter dem sonstigen militärisch-forensischen Material Levy-Suhls standen übrigens in erster Linie die Alkoholisten.

Serog führt zwei Fälle von krankhafter Selbstbezichtigung der Simulation im Depressionszustande bei Hebephrenie und manisch-depressivem Irresein an.

Goldstein betont die forensische Bedeutung der häufig hochgradigen Apathie und des starken Ermüdungsgefühls im Trommelfeuer, das zum Einschlafen führen könne. v. Hösslin hebt die Wichtigkeit gewisser exogen beeinflußter psychischer Ausnahmezustände für die Kriminalität (besonders Fahnenflucht, Gehorsamsverweigerung usw.) heraus, wobei es zu mehr oder weniger weitgehender Einschränkung der freien Willenstätigkeit komme. Nach seinen zahlreichen Beobachtungen treten die Zustände insbesondere durch akute Schreckwirkung wie infolge des erschöpfen-

[1]) Charité-Annalen 1907.

den Einflusses langdauernden Trommelfeuers sowohl vorübergehend wie sich wiederholend bei bis dahin Gesunden, vor allem aber bei Psychopathen, auf. Damit wird speziell für das Kriegsmilieu herausgehoben, was ich schon ganz allgemein in meinen „psychopathischen Verbrechern" in seiner Bedeutung für die kriminellen Entgleisungen der Psychopathen betont habe: die indirekt kriminogene Wirkung körperlicher und seelischer Noxen, insofern sie bei diesen Naturen temporäre seelische Zustandsänderungen — sowohl ausgeprägte psychotische Zustände (Dämmerzustände, dysphorische Zustände) wie leichtere seelische Abweichungen, (leichte seelische Desequilibrationszustände u. dgl.) — herbeiführen.

Die Vosssche Feststellung der verhältnismäßigen Seltenheit der Simulation, des häufigeren Vorkommens von Aggravation, und zwar der krankhaften häufiger als der bewußten, und der Begünstigung von Täuschungstendenzen durch leichte Grade von angeborenem Schwachsinn, bestätigt im großen ganzen für militärische Verhältnisse die allgemeinen forensischen Erfahrungen.

Dienstbeschädigungsfragen.

In der Stellungnahme zur Dienstbeschädigungsfrage spiegeln sich wie selbstverständlich die allmählich weiter entwickelten und schärfer gefaßten Erfahrungen und Anschauungen über die krankheitserzeugende und verschlimmernde Wirkung der Kriegsnoxen wider, und es ist in dieser Hinsicht bezeichnend genug, daß jetzt ziemlich allgemein eine stärkere Zurückhaltung in der Anerkennung der Kriegsdienstbeschädigung vorherrscht Am deutlichsten tritt dies naturgemäß bezüglich der eigentlichen Psychosen zutage, wie es der schon genugsam hervorgehobenen niedrigen Einschätzung der psychischen und körperlichen Kriegsschädlichkeiten: Erschöpfung und Emotionen für diese Störungen entspricht.

Für Bonhöffer kommen bei Dementia praeox und manisch-depressivem Irresein Kriegseinflüsse für ihre Entstehung überhaupt nicht und für ihre Auslösung und Verschlimmerung nur dann in Frage, wenn besondere Umstände namhaft gemacht werden können. Auch bei der Paralyse, zieht er nur eine die üblichen Kriegsstrapazen überschreitende Schädigung im Sinne einer Auslösung und sehr auffällige Verlaufsveränderungen im Anschluß an bestimmte Kriegsschäden im Sinne einer Verschlimmerung in Betracht. Für die genuine und konstitutionelle Epilepsie kommt nach Bonhöffer in der Regel nur eine Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung in Frage, bei den funktionellen neurotischen Störungen hängt die Entscheidung jeweils von der nicht immer leichten Abschätzung ab, ob äußere Einwirkungen oder endogene Veranlagung den überwiegenden ätiologischen Faktor darstellen.

Ähnlich hält auch Meyer im Hinblick auf die verhältnismäßig seltene Feststellung äußerer Kriegsschädigungen bei Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein (auch Epilepsie und Paralyse) das vielfach nachgewiesene Bestehen der Störung schon vor dem Kriege sowie die Übereinstimmung der Krankheitsformen im Krankheitsbild und Verlauf mit den gewohnten, die Annahme einer Dienstbeschädigung nur dann für erlaubt, wenn die

Kranken über die Maße der Kriegseinwirkungen hinausgehenden Einzelschädigungen ausgesetzt waren.

Einen analogen Standpunkt nimmt auch Gaupp ein. Noch entschiedener lehnt Schmidt die Dienstbeschädigung bei Schizophrenie ab. Nach ihm ist der kausale Zusammenhang mit dem Kriege bei dem heutigen Stand unseres Wissens zurückzuweisen, ganz gleich, ob bereits vor dem Kriege Störungen psychischer Art bestanden oder ob das Auftreten der Erkrankung zeitlich in den Krieg fällt. Eine Ausnahme läßt er nur für die Fälle gelten, bei denen eine schwere Schädelverletzung unter Beteiligung der Hirnmasse der Erkrankung zeitlich vorausging. Stier hält die Ablehnung der Dienstbeschädigung bei Epilepsie insbesondere durch die Tatsache gerechtfertigt, daß nach den militärischen Bestimmungen eine Verschlimmerung im Sinne eines über den gewöhnlichen Entwicklungsgang hinausgehenden Fortschreitens vorliegen müsse, ein gewisses Fortschreiten aber in der Natur der Erkrankung liege.

Auch gegenüber den psychopathischen Reaktionen verhält man sich recht ablehnend, speziell auch im Hinblick auf die kriegsministerielle Entscheidung, daß eine Verschlimmerung nicht anzunehmen sei, wenn es sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit lediglich um eine ihrer Natur nach vorübergehende Reaktion auf ungewohnte äußere Einflüsse handelt. Da, wie vorher erwähnt, die Meinungen über das, was als psychopathische Reaktionen zu gelten hat, sehr weit auseinandergehen, und für manche so ziemlich die Gesamtheit der Kriegsneurosen darunter fällt, so kann man ungefähr die praktische Bedeutung gewisser theoretischer Anschauungen ermessen. Stier geht darin wohl wieder am weitesten. Bonhöffer fand nur bei 5—8% seiner Fälle die Annahme einer Dienstbeschädigung berechtigt. Isserlin erkannte nur bei 4% der als d. u. entlassenen Kriegsneurotiker über 20% Rente zu. Andre, wie Rosenfeld geben wesentlich höhere Zahlen. Martineck erleichtert die Entscheidung in dieser heiklen Frage durch den Hinweis, daß die Kriegsneurosen, auch wenn man sie als psychopatische Reaktionen auffaßt, durchaus nicht aus der Reihe der Kriegsdienstbeschädigungen herausfallen. Denn nicht darauf komme es an, ob es sich um individuelle oder psychopathische Reaktionen handle, sondern einzig und allein, ob bei der Auslösung dieser Reaktionen militärdienstliche Einflüsse oder Kriegseinflüsse, also exogene Faktoren, eine wesentliche mitwirkende Rolle gespielt haben. Diese Entscheidung müsse von Fall zu Fall objektiv unter Heranziehung aller Umstände, nicht auf Grund von Lehrmeinungen oder theoretischen Erwägungen getroffen werden. So einwandfrei diese Auseinandersetzung Martinecks an sich ist, so sieht sie doch, glaube ich, ein wenig über das hinweg, was für jene Autoren grade das Wesentliche an der psychopathischen Reaktion ist: daß sie nur Manifestationen von psychopathischen Konstitutionen darstellen, bei denen ein für allemal die endogenen Faktoren das Wesentliche sind, die äußeren Faktoren dagegen nur nebensächliche auslösende Anlässe abgeben, und daß also für sie das Vorliegen eines endogenen krankhaften Zustands vor dem Einsetzen der dienstlichen Schädigung prinzipiell als gegeben gilt, und ihnen selbst erhebliche und die gewöhnlichen Lebensschädlichkeiten

übertreffende Schädigungen an sich noch nicht wesentliche Teilursachen des Krankheitszustandes bedeuten.

Stier führt übrigens auch praktische Gründe für die Ablehnung der Dienstbeschädigung bei Psychopathen ins Feld. Sie führe, da eine Klage dagegen nicht zulässig sei, die endgültige Beruhigung herbei und fördere durch Ausübung eines leichten Zwanges das Verschwinden etwa noch zurückgebliebener Beschwerden. Ähnlich mahnt auch Bonhöffer zur Vorsicht im Hinblick auf den schädigenden Einfluß des ihnen durch die Anerkennung der Dienstbeschädigung geöffneten Prozeßweges. Diesen und ähnlichen Gegengründen begegnet wohl Martineck, wenn er speziell gegenüber dem Hinweis, die Dienstbeschädigunganerkennung erzeuge bei einem Psychopathen eine ihn schädigende Krankheitssuggestion, erklärt, diese Erwägung — er setzt auffallend vorsichtig hinzu: für sich allein — dürfe nicht ausschlaggebend sein, um Dienstbeschädigung abzulehnen.

Cimbal weist in Konsequenz seiner Auffassung der Kriegsneurosen als Abwehrneurosen die Dienstbeschädigung bei ihnen zurück, ganz gleich ob die Störung in der Ausbildungszeit oder in der Rekonvaleszenz nach einer leichten Verwundung aufgetreten sei. Eine Rentenentschädigung dieser Zweck- und Abwehrneurosen sei rechtlich unzulässig, praktisch verführerisch zur Vortäuschung und Übertreibung und volkswirtschaftlich für die Erwerbskraft des Volkes verderblich. Voll zu entschädigen seien dagegen die rheumatischen Muskelerkrankungen, die Hirnerschütterungsfolgen und die als Krankheit nachweisbaren „Überreizungszustände". Raimann, will ähnlich wie früher erwähnte Autoren speziell die Felddienstneurosen auf Kosten der Spitals- und Hinterlandsneurosen reichlich entschädigen. Nun für deutsche Verhältnisse vereinfacht sich die Stellungnahme zu diesen gelegentlich der Einziehung, des Garnisondienstes, disziplinarer Verfehlungen usw. entstanderen „Abwehrneurosen" durch die verschärften Anforderungen an die Dienstbeschädigung, wie sie in der von Nonne herangezogenen kriegsministeriellen Vorschrift zum Ausdruck kommen, „daß die Tätigkeit des Erkrankten in irgendeiner nahen Beziehung zu Angriffs- oder Abwehrmaßnahmen stehen müsse, welche die Kriegslage erforderlich macht".

v. Wagner hält es bezüglich der Entschädigungspflicht für wesentlich ob eine traumatische Einwirkung stattgefunden hat oder nicht. Bei den einfach „Erschrockenen" komme eine solche nicht in Betracht, anders dagegen bei den traumatisch Geschädigten, da diese keine reinen Neurosen, sondern organisch Erkrankte seien. v. Wagner rechnet übrigens mit einer nicht zu großen Zahl von zu Behandelnden nach dem Kriege, indem er neben dem Wegfall der rein psychischen Krankheitsmomente die Aussicht auf nur geringe Entschädigung als ein heilendes Moment in Rechnung setzt. Erben hält die Schwere der Neurose für wesentlich für die Entschädigungsfrage. Er will die leichten Neurosen, weil bei der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit wieder schwindend und also in ihrer Leistungsfähigkeit unbeschränkt, von der Entschädigung ausschalten.

Determann hält es ganz allgemein für unmöglich, alle zu entschädigen, die irgendwie in ihrer Leistungsfähigkeit später zurückgesetzt sind

oder es zu sein glauben. Ein gewisser Aufbrauch, eine gewisse Schädigung bei dem Feldzug sei nicht zu vermeiden.

Für die Feststellung der Erwerbsbeschränkung wünscht Räther zwecks möglichster Ausschaltung der Subjektivität in den ärztlichen Gutachten auf Grund umfassender Feststellungen eine womöglich tabellarische Aufstellung gewisser Richtlinien für eine mehr oder weniger schematische prozentuale Bemessung der Erwerbsschädigungen. Er erkennt allerdings selbst die Schwierigkeiten und Bedenklichkeiten eines solchen Schemas an. Es läßt sich m. E. alles dagegen sagen, was sich gegen eine schematische Aufstellung in sozialmedizinischen wichtigen Fragen überhaupt sagen läßt, wenn lediglich die Krankheitserscheinungen ohne Beziehungen zu den sonstigen Bedingungen und Umständen, den Umweltsfaktoren berücksichtigt werden. Übrigens muß Räther selbst schon die entscheidende Rolle betonen, die der jeweilige Beruf für die Erwerbsbemessung spielt.

Während die Kapitalabfindung bei nervösen Kriegsbeschädigungen ziemlich allgemeine Anerkennung findet, (eine von Hoche im Sinne seiner im letzten Bericht erwähnten Veröffentlichung verfaßte Resolution über diesen Gegenstand wurde auf der Kriegstagung des deutschen Vereins für Psychiatrie und Verein deutscher Nervenärzte einstimmig angenommen) spricht sich Schlayer gegen sie und für eine andere Art der Versorgung aus. Er hat gegen die Kapitalabfindung unter anderem das Bedenken, daß sie nur gegensätzliche, der Gesundung abträgliche, seelische Einwirkungen auszuscheiden suche, im übrigen aber den Mann sich selbst und die Wiedererlangung seiner Arbeitsfähigkeit mehr oder weniger dem Zufall überlasse. Er hat den an sich naheliegenden und wohl auch nicht ganz neuen Gedanken, Wunsch- und Begehrungseinflüsse, die sich ja in der Pathogenese der Kriegsneurosen genügend wirksam erwiesen haben, in günstigem Sinne zu verwerten, indem er sie statt auf die Krankheitsfixierung positiv auf die Gesundung richtet. Er sucht eine Versorgung herbeizuführen, die direkt aktiv resp. suggestiv auf den Kranken wirkt und die genesungshemmenden Vorstellungen überkompensiert. Als solche sieht er Gewährung einer Art Prämie in Form hoher Rente resp. Aussicht auf gut bemessene Abfindung bei rascher Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit an. Für Nichtvorwärtskommen mit schlechtem Arbeitswillen niedere Rente als Ansporn, bei Besserung Aussicht auf höhere resp. reichliche Abfindung, Ausnutzung des Wunsches zur Entlassung aus militärischen Verhältnissen zwecks Wiederherstellung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. — Das dem Schlayerschen Vorschlag zugrunde liegende Prinzip ist gewiß therapeutisch beachtenswert, zumal es zweifellos ein Gewinn sein würde, wenn man mehr als einen Weg zur schnellen Herbeiführung und dauernden Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit zur Verfügung hätte. Nun ist es freilich mehr als fraglich ob mit dem angenommenen psychologischen Zusammenhang so sicher gerechnet werden kann, daß er zur Grundlage für die Entschädigungserledigung genommen werden darf, zudem fehlen vorläufig auch noch alle Erfahrungen darüber, ob die praktische Durchführung und Erfolge sich so einfach gestalten, wie diese theoretischen Erwägungen — Horn hat

übrigens gegen sie mancherlei sozialmedizinische und finanzielle Bedenken — und so verdient jedenfalls das zur Genüge praktische erprobte und durch die Erfahrung hinreichend bestätigte einfache Kapitalabfindungsverfahren diesem zusammengesetzten gegenüber vorerst den Vorzug.

Dienstfähigkeitsfragen.

Für die Frage der Dienstfähigkeit sind vor allem die Wilmannschen Feststellungen über die ärztlichen und militärischen Schicksale von Nervenkranken (Psychopathen, Neurasthenikern, Hysterikern usw.) aus den Nervenlazaretten im Bereich des 14. Armeekorps von entschiedener Bedeutung. Von diesen ist die Hälfte aus dem Heere ausgeschieden (58% von den Imbezillen, 44% von den Psychopathen, 53% von den Hysterischen). Im Felde steht etwas mehr als $^1/_{10}$ (14% von den Imbezillen 12% von den Psychopathen, 10% von den Hysterischen), doch auch diese sind meist nur zum Arbeitsdienst herangezogen. Als kriegsverwendungsfähig in den vordersten Reihen sind nur wenige von den Psychopathen festgestellt. Allerdings stellen die den Nervenlazaretten Überwiesenen eine Auswahl minderwertiger Psychopathen dar, während zahlreiche andere — konstitutionell Erregte, sanguinisch Minderwertige usw., die sich in der Front durch Draufgängertum auszeichnen — fehlen.

Von den akuten Neurasthenien (inkl. körperlicher und seelischer Erschöpfung) sind 31% als d. u. entlassen bzw. beurlaubt. Im Felde stehen 17%, davon allerdings eine große Anzahl k. v., die übrigen 52% sind g. v. oder a. v. Von den vasomotorischen Neurosen (Herzneurosen, Thyreotoxie u. ähnl.) waren 42% d. u., 45% im Heimatsgebiet verwendet, nur 13% im Felde und zwar sämtlich nur als g. v. und a. v. Die Erklärung für das ungünstige Ergebnis in beiden Gruppen gibt wieder die ungünstige Auswahl der in die Lazarette Eingewiesenen.

Epileptiker, die an sich nach den Bestimmungen d. u. wären, wurden in den Beobachtungsabteilungen die Hälfte als d. u., die andere als g. v. und a. v. bezeichnet und von der Truppe zu 12% entlassen, 8,5% jedoch ins Feld geschickt. Als k. v. ist nach Willmanns keiner zu bezeichnen, wenn sich auch über die prinzipielle Dienstunfähigkeit streiten lasse.

Von den chronischen Alkoholisten wurden nur 36% entlassen und beurlaubt, von den im Felde stehenden nur einer als k. v. verwendet. Nach Wilmanns ist der degenerierte Alkoholist als Geisteskranker d. u., der Trunkfällige je nachdem verwendbar.

Die eigentlichen Kriegsneurosen ergaben entsprechend ihrem Charakter als unbewußte Abwehr gegen den Kriegsdienst sehr unerfreuliche Ergebnisse: 74% sind oder werden aus dem Heeresdienst entlassen, 6% stehen im Felde, doch sind k. v. im engsten Sinne sicher nur 1,1%, bestenfalls 3,2 %. Tatsächlich wird sich das Ergebnis wahrscheinlich noch ungünstiger gestalten. Im Hinblick auf dieses äußerst ungünstige Gesamtergebnis verlangt Willmanns im Kriege weitgehendes Individualisieren: Berücksichtigung der beruflichen Ausbildung des Psychopathen, seines Wissens und Könnens neben dem Grad der seelischen Regelwidrigkeit. Imbezillen mäßigen Grades sind entsprechend ihrer körperlichen Leistungs-

fähigkeit und beruflichen Ausbildung verschieden verwendbar, nur solche mit ausgesprochenen gemütlichen Mängeln d. u. Letzteres gelte auch für Psychopathen mit Verstimmungen u. dgl., Epileptoide, Porio-Dipsomanische. Die als konstitutionelle Neurasthenie zusammengefaßten und die hysterisch Veranlagten seien im allgemeinen nicht als k. v. zu bezeichnen.

Der Wert der Wilmannschen Arbeit liegt naturgemäß in der planmäßigen Durchführung und zahlenmäßigen Feststellung lediglich an der Hand der Tatsachen. Die ungünstigen Ergebnisse dürften die z. T. aus theoretischen Erwägungen abgeleiteten Anschauungen über die Kriegsdienstfähigkeit der Psychopathen wohl am besten widerlegen.

Die Anschauungen über die Dienstfähigkeit gehen im übrigen etwas auseinander. Gaupp erklärt die schweren Formen der Zwangsneurose, die mit Schwachsinn verbundenen allgemeinen Hysterien, die körperlich asthenischen Angstneurotiker, die ausgesprochen paranoisch Veranlagten, sowie vereinzelte sexuell Abnorme für völlig kriegsunbrauchbar, die Hysterien je nach Schwere und Art der Symptomenbildung verschieden dienstfähig. Isserlin schließt sich bezüglich der Felddienstbrauchbarkeit der Psychopathen Wilmanns an.

Gallus hält dagegen ihre militärische Brauchbarkeit für im Durchschnitt größer als Wilmanns sie einschätzt, da von den vielen aus den Potsdamer Provinzialanstalten eingezogenen Psychopathen, meist Fürsorgezöglingen, die meisten sich zum Teil seit zwei Jahren im großen ganzen gehalten hätten. Wiedtfeldt erklärt die Psychopathen bei Alkoholabstinenz für meist dienstbrauchbar. Nach Stier sollen die Psychopathen mit psychogenen Reaktionen nach tunlich völliger Beseitigung der akuten Symptome wegen „krankhafter seelischer Veranlagung“ sofort für d. u., zum mindesten aber für a. v. erklärt werden, keinesfalls aber für g. v., da dann wegen des schwebenden Damoklesschwerts der Wiederhinaussendung ins Feld Rückfallsgefahr bestehe. Auch Hirschfeld betont auf Grund von Felderfahrungen, daß neuropathische Individuen, die eine Shockwirkung erlitten hätten, unter keinen Umständen wieder an die Front geschickt, d. h. also k. v. erklärt werden dürfen. Im Gegensatz dazu erklärt Jakob, daß ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz der in belgischen Genesungsnervenheimen behandelten nervösen Schwächezustände wieder als k. v. zur Front zurückgeschickt wurden und Knauer berichtet von 68% geheilt zur Front zurückgeschickten Kriegsneurotikern. Nach Jakob muß das in der Heimat behandelte Material sich wohl wesentlich von jenem unterscheiden. Weygandt meint phantastisch Minderwertige, reizbare Imbezille und durch Alkohol und sonstige Garnisonschädlichkeiten im Sinne der Verbummelung gefährdete Minderwertige seien zwar feld- aber nicht garnisondienstfähig, eine Auffassung, für die Klüber übrigens an dem Beispiel eines Psychopathen einen hübschen Beleg bringt. Die Felddienstfähigkeit der Epileptiker beweist Weygandt an Napoleon — dieser allerdings möglicherweise ein Affektepileptiker — und seinem Gegner Erzherzog Karl. Hahn hält speziell die chronischen Alkoholisten wegen der geringeren Alkoholversuchung für besser an der Front verwendbar. — Fröhlich läßt seiner Untersuchung der Kriegsverwendungsfähigkeit der kleinen Un-

fallrentenempfänger nun eine solche von „großen" im Heere dienenden Rentenempfängern mit 50% Rente und darüber folgen. Unter ihnen waren die lange zurückliegenden Unfälle zumeist keine besonders schweren, die kurz vor dem Krieg erlittenen ausgesprochen schwere. Trotzdem ließen alle die Kriegsverwendungsfähigkeit zu. Dabei fanden sich darunter Fälle von schwerem Beckenbruch, schwerem Wirbelbruch mit Schreckneurose des Herzens, welch letzterer aus dem Felde selbst über gutes Befinden berichtete. Ein Fall, seit 1902 mit Vollrente entschädigt, tut jetzt — mit 52 Jahren — beschwerdelos als Unteroffizier Dienst. Wenn Fröhlich nun ganz allgemein sagt, daß diese jahrelangen Unfallkrüppel sich beim Militär als vollwertige Menschen erwiesen, so scheint mir das aus seiner Zuzammenstellung, die bei einem Teil der Fälle einfach nur von der Einstellung beim Militär berichtet, nicht genügend sicher hervorzugehen. Große allgemeine Schlüsse wird man überhaupt aus dem an sich sehr kleinen Material nicht ziehen können, immerhin erscheint es mir bemerkenswert, daß auch bei schweren Unfallverletzten die Leistungsfähigkeit vielfach doch größer und die Prognose günstiger ist als nach den subjektiven Beschwerden und den Funktionsstörungen angenommen werden konnte. Daß übrigens für die Feststellungen über die militärische, berufliche usw. Leistungsfähigkeit, die einen den Truppenarzt für am geeignetsten halten (Wilmanns), andere dagegen wegen der klinischen Beobachtungsmöglichkeit mit Arbeitsversuch und Arbeitsbehandlung den Psychiater (Wollenberg, Gaupp, Isserlin) sei nebenbei noch erwähnt.

Und schließlich mögen noch die beiden auch von Stier hervorgehobenen Punkte der Kriegsmusterungsanleitung vom 2. 3. 1916 erwähnt sein, die also schon der Kriegserfahrung entstammen und eigentlich mancherlei Diskussionen überflüssig machen sollten: I. Nachgewiesene Geisteskrankheit macht kriegsunbrauchbar und 2. Epilepsie macht grundsätzlich völlig untauglich zu jedem Dienst.

Literaturverzeichnis.

Aschaffenburg, Lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen durch Hirnverletzung und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten **11**, H. 6. 1916.

— Ein Beitrag zur Lehre vom Gedächtnis und Behinderung des Wiederauflebens optischer Erinnerungsspuren nach Schädelverletzung. 93. ordentl. Generalvers. d. Psychiatr. Ver. d. Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **52**, H. 5/6. 1916.

— Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.

— Diskussion zum Vortrag Westphal.

— Diskussion zum Vortrag Sommer-Tilmann.

Albu, Neurogene und psychogene Dyspepsien als Kriegswirkungen. Therap. d. Gegenw. **58**, H. 3. 1917.

— Krieg und Diabetes. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.

Allers, Über Schädelschüsse. Probleme der Klinik und der Fürsorge. Berlin, Springer, 1916.

Anton, Über Geistesstörungen bei Kriegsteilnehmern, insbesondere bei Hebephrenikern und Psychopathen. 20. Vers. mitteldeutscher Psychiater u.

Neurologen in Dresden, Jan. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. 14, H. 1.
Auer, Über Verbrecher, Verbrechen und Strafen während des Krieges. Archiv f. Kriminologie 67, H. 2. 1916.
Bähr, Über Contracturen. Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenvers. 1916, Nr. 10. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 23.
Baller, Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heere. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 73, H. 1. 1917.
Bauer, Der Báránysche Zeigeversuch und andere cerebellare Symptome bei traumatischen Neurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
— Sitzg. des Vereins f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien am 20. VI. 1916. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1917, Nr. 7.
— Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 30.
Berger, Neurologische Untersuchungen bei frischen Gehirn- und Rückenmarksverletzungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 35, H. 4. 1913.
Binswanger, Diskussion zum Ref. Meyer-Wilmanns.
Blume, Kriegspsychose. Sitzg. der Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie u. Nervenheilkunde vom 12. II. 1907. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 6.
Bonhöffer, Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände mit besonderer Berücksichtigung der Erschöpfung und Emotion. Ref. auf der Kriegstagung des deutschen Vereins f. Psychiatrie zu München am 21. IX. 1916. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 73, H. 1. 1917.
— Diskussion zum Ref. Meyer-Wilmanns.
— Zur psychogenen Entwicklung und Hemmung kriegsneurotischer Störungen. Monatsschr. f. Neur. u. Psych. 40, H. 2—3. 1916.
— Die Bedeutung der Kriegsbeschädigung in der Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung der Dienstbeschädigungsfrage. Vorträge über die militärische Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens u. der militär. Versorgung, veranstaltet vom Zentralkomitee f. ärztl. Fortbildungswesen. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 23.
Bonne, Zur Prophylaxe der Roheitsverbrechen und militärischen Vergehen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegszeit. Deutsche Strafrechtsztg. 1916, Nr. 1/2.
— Die Lazarettpsychose und ihre Verhütung. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.
Böttiger, Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaup.
— Demonstration im ärztl. Verein in Hamburg vom 21. III. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 16.
Bunnemann, Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Cimbal, Zur Benennung und Bewertung der sog. Kriegsneurosen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916, Nr. 23/24.
Curschmann, Zur Pathogenese der pseudospastischen Parese mit Tremor und der hysterischen Taubstummheit. Med. Klin. 1917, Nr. 9.
— Zur Behandlung hysterischer Stimmstörungen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 46.
— Kriegsneurose bei Offizieren. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 10.
— Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
— Bemerkungen zur „kontralateralen" Behandlung funktioneller Lähmungen und Contracturen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 4.
Depenthal, Über einen Fall von zentral bedingter umschriebener Sensibilitätsstörung der linken Hand nach Kopfschuß. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 34.
Determann, Diskussion zu dem Vortrag über Kriegsneurosen. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
Dietrich, Kriegsamenorrhöe. Centralbl. f. Gynäkol. 1917, Nr. 6. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 9.

Dinkler, Über Insuffizienz der Wirbelsäule (Schanz) und ähnliche Krankheitsbilder auf kriegshysterischer Grundlage. Vortrag auf der 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 18.
Donath, Kriegsbeobachtungen über hysterische Stimm-, Sprach- und Hörstörungen. Monatsschr. f. Neur. u. Psych. **50.** 1916.
Dub, Heilung psychogener Taubheit und Stummheit (Taubstummheit). Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 52.
— Heilung funktioneller psychogener und motorischer Leiden. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 10.
Engelen, Psychologische Laboratorien zur Erforschung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 19.
Erben, Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
— Diskussion zum Vortrag Redlich-Karplus im Verein f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 24.
Fischl, Alopecia totalis nach psychischem Trauma. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 5. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 5.
Flatau, Psychotherapie unter Berücksichtigung von Kriegserfahrungen. Med. Klin. 1917, Nr. 4.
Förster, Diskussion zum Vortrag Mann. Ref. Berliner med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
— Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Freund, Diskussion zum Vortrag Mann. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 41.
Friedländer, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1917, H. 1—4.
Fröhlich, Zur Begutachtung unfallverletzter Rentenempfänger auf Grund der Kriegserfahrungen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
Fuchs, Kontralaterale schmerzhafte Parästhesien (Alloparalgien). Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
Fuchs - Groß, Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten. Vortrag in der Gesellsch. der Ärzte zu Wien. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 44.
Fürnrohr, Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern. Vortrag auf dem wissenschaftl. Abend der Militärärzte der Garnison Ingolstadt am 17. Juli 1916. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
Gallus, Diskussion zum Ref. Meyer-Wilmanns.
Gaupp, Neurosen nach Kriegsverletzungen. Ref. auf der Kriegstagung der Gesellsch. deutscher Nervenärzte u. des Deutschen Vereins f. Psychiatrie in München am 22. IX. 1916. Erweitert in „Kriegsneurosen" Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **34**, H. 5. 1916.
— Diskussion zu dem Ref. Meyer u. Wilmanns.
— Dienstbrauchbarkeit der Epileptiker und Psychopathen. Vortrag über die militärärztl. Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens u. der militärischen Versorgung, veranstaltet vom Zentralkomitee f. das ärztl. Fortbildungswesen in Berlin. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 24.
Geigel, Nervöses Herz und Herzneurosen. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
Gerhardt, Über funktionelle Störungen bei organischen Nervenkrankheiten. Vortrag auf der 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 18.
— Beeinflussung organischer Lähmungen durch funktionelle Verhältnisse. Vortrag in der physik.-medizin. Gesellsch. Würzburg am 9. Nov. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 3.
Goldscheider, Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 46.
Goldmann, Cerebrale Symptome nach Minenexplosion. Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie u. Psychiatrie, Jg. 19. 1916.

Goldstein, Über die Behandlung der monosymptomatischen Hysterie bei Soldaten. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 20.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
— Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Gonda, Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen traumatischen Neurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 30.
Gottstein - Umber, Diabetes und Krieg. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 43.
Grünbaum, Hysterie und Kriegsdienstbeschädigung. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 47.

Hahn, Diskussion zu den Ref. Meyer u. Wilmanns.
Hauptmann, Die „Anfälle" der Kriegsteilnehmer. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
Heilig, Kriegsverletzungen des Gehirns in ihrer Bedeutung für unsere Kenntnis von den Hirnfunktionen. Zeitschr. f. d. ges. Neu. u. Psych. **33**, H. 5. 1916.
Hellpach, Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
Henneberg, Demonstrationen auf den kriegsärztl. Abenden der Zehlendorfer Lazarette am 26. IV. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 37.
— Desgl. am 29. XI. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 10.
Hirschfeld, Zur Behandlung im Kriege erworbener hysterischer Zustände, insbesondere von Sprachstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **34**, H. 3/4. 1916.
Hoche, Die Abfindungsfrage. Vortrag auf den Zusammenkünften der Sanitätsoffiziere usw. im Bereich des VII. und VIII. Armeekorps zu Bonn.
— Die Versorgung der funktionellen Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 50.
Hoffmann, Die Schädigung des Ohres durch Geschoßexplosion. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.
Homburger, Diskussion zum Vortrag Kaufmann. Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 42.
Horn, Zur Ätiologie und klinischen Stellung der Unfall- und Kriegsneurosen. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 4—7.
— Über Symptomatologie und Prognose der cerebralen Kommotionsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **34**, H. 3/4. 1916.
— Zur Abfindungsfrage bei Kriegsneurosen. Med. Klin. 1917, Nr. 6/7.
v. Hösslin, Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
Hübner, Die strafrechtliche Begutachtung von Soldaten. Vortrag auf der 93. ordentl. Generalvers. des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, H. 5/6. 1916.
— Diskussion zu den Kriegsneurosen-Vorträgen in Baden-Baden.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.

Jacobsohn, Die Kriminalität der Jugendlichen mit Berücksichtigung der Kriegsverhältnisse. Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie u. Psychiatrie **19**. 1916.
Jakob, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Janke, Röntgenbefunde bei Bettnässern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **55**. 1916.
Jaroschy, Schwere funktionelle Zwangshaltung. Sitzg. der wissenschaftl. Gesellschaft der Ärzte in Böhmen. Ref. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 44.
Isserlin, Diskussion zu den Ref. Meyer u. Wilmanns.
Jolowicz, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Jolly, Zur Behandlung und Prognose der Kriegsneurosen. Vortrag in der 20. Vers. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen in Dresden, Jan. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **14**, H. 1.
— Traumatische Epilepsie nach Schädelschuß. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 40.
— Über Kriegsinvalidenfürsorge für Nervenkranke. Vortrag auf der 41. Wander-

vers. südwestdeutscher Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.

Jolly, Arbeitstherapie für nervenkranke Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 49.

Juliusberg-Stetter, Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten. Berliner klin. Wochenschr. 1917, Nr. 11.

Käss, Zur Behandlung der hysterischen Stimmlosigkeit und Stummheit. Med. Klin. 1916, Nr. 36.

Kastan, Mitbewegungen. Sitzg. des Vereins f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg am 20. Nov. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 3.

Kathariner, Die Reaktionszeit (Akademie der Wissenschaften in Paris). Bericht in Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 38.

Kaufmann, Methodik der Beseitigung psychogener motorischer Reiz- und Ausfallserscheinungen. Vortrag im naturhistorisch-medizin. Verein zu Heidelberg am 30. Mai 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 42.

Knauer, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Kehr, Psychologische Untersuchungen bei Kopfschußverletzten mit Berücksichtigung der Granatexplosion. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 6.

Kehrer, Über Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen. Vortrag auf der 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.

Keller, Krieg und Schule. Sammelbericht. Zeitschr. f. angew. Psychol. **12**, Heft 1/2. 1917. (Enthält hier nicht erwähnte psychologische, spez. jugendpsychologische, Arbeiten.)

v. Kemnitz, Funktionelle Erkrankungen infolge von Kriegsbeschädigung bei Offizieren. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 6.

Klüber, Diskussion zum Ref. Meyer-Wilmanns.

Knoll, Aus einem Lazarett. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1916, Nr. 28.

Köster, Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.

Kohnstamm, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne- Gaupp.

Kraepelin, Schießversuche mit und ohne Alkohol. Vortrag auf der Jahresvers. des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes am 23. IX. 1916 zu München. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **73**, H. 2/3. 1917.

Krapoll, Diskussion zum Vortrag Lückerath.

Kreuser, Geistige Störungen im Kriege. Vortrag im Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke. Medizin. Korrespondenzbl. des württemberg. ärztl. Landesvereins **36**, Nr. 28—30. 1916.

Kutzinski, Einige Bemerkungen zur Psychopathologie der sog. Intestinalneurosen im Anschluß an Erfahrungen bei Soldaten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **50**, H. 5. 1916.

Lang, Traumatische Vestibularneurose. Kriegsfälle. (Tschechisch.) Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 5.

Lange, Demonstration von Kriegsverletzten mit Sprachstörungen. Medizin. Sektion der schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau am 30. VI. und 3. XI. 1916. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 41 u. 1917, Nr. 1.

Laqueur, Bemerkungen zur physikalischen Therapie bei Kriegsneurosen. Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie **20**, H. 8. 1916.

Laudenheimer, Neuere Gesichtspunkte für die Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen. Vortrag auf dem 7. kriegsärztl. Abend in Darmstadt. Fortschritte der Medizin 1916, Nr. 8 u. 9.

Lenné, Kriegsdiabetiker? Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 10.

Levy-Suhl, Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 23.

Levy, Über die Resultate der Kaufmannschen Behandlung. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 6.

Liebermeister, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Liebermeister, Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
Liebers, Zur Behandlung der Zitterneurosen nach Granatshock. Neurol. Centralblatt 1916, Nr. 21.
Lichtwitz, Über Einrichtungen und Erfahrungen der zur Beobachtung und Übung herzkranker und vermeintlich herzkranker Soldaten im Reservelazarett Göttingen bestehenden Abteilung. Therap. d. Gegenw. 1916, Nr. 11.
Lilienstein, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Löb, Krankenvorstellungen. 93. Generalvers. des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, H. 5/6.
Lotmar, Zur Lehre von den funktionellen Lähmungen. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
— Diskussion zu den Vorträgen über Kriegsneurosen in Baden-Baden. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 18.
Löwenthal, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Löwy, Zur Ätiologie psychischer und nervöser Störungen der Kriegsteilnehmer. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **51**, H. 3. 1917.
Lückerath, Über Militärpsychosen. 93. Generalvers. des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, H. 5/6.
Lungwitz, Über Darmkatarrh. Moderne Medizin **7**, H. 4.
Mann, L., Die traumatischen Neurosen, ihre klinischen Formen und ihr Entstehungsmodus bei Kriegsverletzungen. Vortrag in der medizin. Sektion der schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau am 30. VI. 1916. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 37/38.
— Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurosen. Vortrag in der medizin. Sektion der schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau am 3. Nov. 1916. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 50.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Mann (Mannheim), Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Martineck, Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 2.
— Die Begriffe Dienstbrauchbarkeit (Kriegsbrauchbarkeit), Dienstbeschädigung, Erwerbsunfähigkeit, Verstümmlung im Rahmen der militärärztlichen Gutachtertätigkeit. Vortrag über die militärärztl. Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens u. der militärischen Versorgung, veranstaltet v. Zentralkomitee f. ärztl. Fortbildungswesen. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 23.
Marx, Über funktionelle Sprachstörungen und ihre Behandlung. Vortrag im unterelsäss. Ärzteverein Straßburg am 24. VI. 1916. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 42.
Mayer, Über Störungen der sexuellen Funktionen als Kriegsfolge bei nervenkranken und nervenverletzten Soldaten. Vortrag im medizin.-naturwiss. Verein Tübingen am 13. XI. 1916. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.
Mendel, Kriegsbeobachtungen. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 21.
— Kriegsbeobachtungen. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 5.
Meyer, E., Über die Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen. Ref. auf der Kriegstagung des deutschen Vereins f. Psychiatrie in München am 20. IX. 1916. Archiv f. Psych. **57**, H. 1. 1916.
— Krankheitsanlage und Krankheitsursachen im Gebiete der Psychosen und Neurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1917, Nr. 3.
— Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg. Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiet der Neurologie u. Psychiatrie 1916.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
Meyer, S., Die nervösen Krankheitsbilder nach Explosionsshock. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **33**, H. 5.
Meyersohn, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Michaelis, Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten **9**, H. 4. 1916.
Mohr, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Mönckeberg, Über Arteriosklerose bei Kriegsteilnehmern. Vortrag im unterelsäß. Ärzteverein am 25. XI. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916.
Mörchen, Traumatische Neurosen und Kriegsgefangene. Münch. med. Wochenschrift 1916, Nr. 33.
— Das Fehlen traumatischer Neurosen bei Kriegsgefangenen. Vortrag auf der 93. ordentl. Generalvers. d. psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, H. 5/6. 1916.
— Der vorläufige Abschluß der Auseinandersetzung über das Wesen der nervösen Kriegsschädigungen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916, Nr. 39/40.
Morawscik, Die Psychosen des Krieges. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 39/40.
Muck, Über Schnellheilungen von funktioneller Stummheit und Taubheit nebst einem Beitrag zur Kenntnis des Wesens des Mutismus. Münch. med. Wochenschrift 1917, Nr. 5.
— Weitere Heilungen von Stimmverlust im Kriege. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 41.
Nägeli, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Nesuera, Zur Therapie der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 51.
Neumann, Diskussion zu den Kriegsneurosenvorträgen in Baden-Baden. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 18.
Neutra, Bemerkungen zu Bauers Artikel: Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 39.
Noorden, Über die Beeinflussung des Diabetes mellitus durch den Krieg. Ärztl. Tagung in Cöln, veranstaltet von der Akademie f. prakt. Medizin am 22. VIII. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 37.
Nonne, Neurosen nach Kriegsverletzungen. Ref. auf der Kriegstagung des Vereins deutscher Nervenärzte in München 1916. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **56**, H. 1—4. 1917.
— Diskussion zu den Kriegsneurosenvorträgen in Baden-Baden. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 18.
— Hysterische Symptome nach Infektionskrankheiten. Sitzg. des ärztl. Vereins zu Hamburg am 27. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 20.
Oloff, Zur Kasuistik der psychogenen Kriegsschädigungen des Sehorgans. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 6.
Oppenheim, Neurosen und Kriegsverletzungen. Ref. auf der Kriegstagung des Vereins deutscher Nervenärzte in München. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde **56**, H. 1—4. 1917.
— Bemerkungen zur Alloparalgie. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 21.
— Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 51.
Paschen, Zur Behandlung funktioneller motorischer Störungen nach Kaufmann. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 6.
Pappenheim, Über Neurosen bei Kriegsgefangenen. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
— Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **33**, H. 5. 1916.
Päßler, Enuresis beim Heere. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden am 11. III. 1917. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 9.
Pfersdorff, Die transcorticalen Aphasien. Medizin.-naturwissensch. Gesellsch. zu Tübingen am 13. XI. 1916. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.
Pilzecker, Diskussion zum Vortrag Kaufmann. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 42.
Podmanicki, Die Lumbalpunktion als therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen der Kriegshysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 44.

Pönitz, Zur Psychopathologie der Fahnenflucht. 20. Vers. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen in Dresden am 6. I. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **14**, H. 1.

Poppelreuter, Diskussion zum Vortrag Sommer-Tilmanns.

Quensel, Traumatische Neurosen, Unfallreaktion und die Stellung der Kriegsneurosen. Vortrag auf der 20. Vers. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen zu Dresden am 6. I. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **14**, H. 1.

— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Räcke, Hysterische Halbseitenlähmung nach Einatmung schädlicher Gase. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **57**, H. 1. 1916.

Raimann, Über Neurosen im Kriege. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36/37.

Räther, Neurosenheilungen nach der Kaufmann-Methode. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 11. XII. 1916. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 11.

Rauch, Ursachen und Folgen der verminderten Dunkelanpassung im Felde. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 40.

Reiss, Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.

Rieder, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Röper, Zur Prognose der Hirnschüsse. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 4.

Rosenfeld, Über Kriegsneurose, ihre Prognose und Behandlung. Archiv f. Psych. u. Nervenheilk. **57**, H. 1. 1916.

— Über funktionelle Lähmungen bei Kriegsverletzten. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.

— Über psychische Störungen bei Schußverletzung beider Frontallappen. Archiv f. Psych. **57**, H. 1.

Rothmann, Zur Beseitigung psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 35.

Saaler, Über nervöse und psychische Krankheiten in ihren Beziehungen zum Kriegsdienst. Kriegsärztl. Abende in Rathenow am 14. IV. 1916. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 52.

Sarbo, Die durch Granatfernwirkung entstandene Taubstummheit eine medulläre Erkrankung. Med. Klin. 1916, Nr. 38.

— Neue Beiträge zur Kriegstaubstummheit. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 50.

— Über pseudospastische Parese mit Tremor (Fürstner-Nonne) als Folge von Durchnässung, Erfrierung, Erkältung (Versuch einer pathogenetischen Erklärung). Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 34.

— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Sänger, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Schanz, Zur Pathologie und Therapie der Schüttler. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.

Schlayer, Vorschläge zur Versorgung der funktionellen Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 46.

— Zur Versorgung der funktionellen Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.

Schmidt, A., Über die Beeinflussung der Magen- und Darmkrankheiten durch den Krieg. Ärztl. Tagung in Cöln, veranstaltet von der Akademie f. prakt. Medizin am 22. VIII. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 37.

Schmidt, Über psychischen Puerilismus bei Kriegsteilnehmern. 41. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.

— Schizophrenie und Dienstbeschädigung. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. **40**, H. 4. 1916.

Schneider, Zur Klinik und Prognose der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschrift 1916, Nr. 41.

Schultze, Über die Kaufmannsche Behandlung hysterischer Bewegungsstörungen. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 38.

Schultheiss, Diskussion zum Vortrag Kaufmann. Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 42.
Schuster, Ein Fall von hysterischem Hochstand der Schulter. Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten am 11. XII. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 2.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Schwarz, Zur Kenntnis der Gedächtnisstörung nach Granatkontusion. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. **40**, H. 4, 1916.
Seige, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Serog, Zwei Fälle von krankhafter Selbstbezichtigung der Simulation. Med. Klin. 1916, Nr. 42.
Siebelt, Tabakmißbrauch in ursächlichem Zusammenhang mit Kriegsneurosen, vor allem des Herzens. Med. Klin. 1917, Nr. 3.
Siebenmann, Otolaryngologische Beiträge zur Kenntnis der Hysterie. Schweizer ärztl. Korrespondenzbl. 1916, Nr. 40. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 43.
Sigg, Im Nervenlazarett. Schweizer ärztl. Korrespondenzbl. 1917, Nr. 5.
Simons, Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Singer, Die traumatischen Neurosen im Felde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung **13**, Nr. 21. 1916.
— Zur Symptomatik der Neurasthenia cordis. Med. Klin. 1916, Nr. 47.
Sommer, Beseitigung funktioneller Taubheit besonders bei Soldaten durch eine experimentell-psychologische Methode. 20. Vers. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen in Dresden am 6. I. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **14**, H. 1.
— Epilepsie und Krieg. Ärztl. Tagung in Cöln, veranstaltet von der Akademie f. prakt. Medizin am 22. VIII. 1916. Schmidts Jahrbuch f. d. ges. Medizin **324**, H. 4. 1916.
Spliedt, Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916/17, Nr. 43/44.
Stanojewits, Psychiatrische Erfahrungen.
Stekel, Der Krieg und unser Seelenleben. 1916.
Stertz, Diskussion zum Vortrag Mann. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 41.
— Typhus und Nervensystem. Abhandl. aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie u. ihren Grenzgebieten (herausgegeben von Bonhöffer) 1917, H. 1.
Stier, Die militärische Beurteilung nervöser Krankheitszustände, speziell der Epilepsie. Vortrag in der Berliner Gesellsch. f. Psychiatrie am 10. VII. 1916. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 38/39.
— Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
— Dienstbeschädigung und Rentenversorgung bei Psychopathien und Neurosen. Vortrag über die militärärztl. Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens u. der militärischen Versorgung, veranstaltet vom Zentralkomitee f. ärztl. Fortbildungswesen. Ref. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 24.
Stockmeyer, Sitzg. des medizin.-naturwiss. Vereins zu Tübingen am 13. XI. 1916. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.
Stransky, Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
— Diskussion zu den Ref. Redlich-Karplus. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
Sträussler, Fall von sog. Alloparalgie nach Fuchs. Wissenschaftl. Gesellsch. deutscher Ärzte in Böhmen. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 8.
Stulz, Kontralaterale Behandlung funktioneller Lähmungen und Contracturen. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
Stumpf, Beitrag zur Kampfgaserkrankung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.

Strümpell, Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. **55**, H. 2. 1916.
Tausk, Diagnostische Erörterungen auf Grund der Zustandsbilder der sog. Kriegspsychosen. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 37/38.
Tilmann, Die chirurgische Behandlung der Epilepsie. Ärztl. Tagung, veranstaltet von der Akademie f. prakt. Medizin am 22. VIII. 1916. Ref. Schmidts Jahrb. f. d. ges. Medizin **324**, H. 4. 1916.
Tintemann, Unzulängliche im Kriegsdienst. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **73**, H. 1. 1917.
Trömner, Demonstration im ärztl. Verein zu Hamburg am 31. X. 1912. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 6.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Türck, Über psychische Störungen bei Verschütteten nach ihrer Belebung. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 29.
Uffenheimer, Hysteriefrage. Wissenschaftl. Abende der Sanitätsoffiziere der Garnison Passau am 15. III. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 34.
Uhlmann, Über nervöse und psychische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Medizin. Korrespondenzbl. d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1916, Nr. 33ff.
Ullmann, Über Enuresis militarium. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 38—40.
Uglaki, Beobachtungen über Gasvergiftungen. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
Voss, Erfahrungen über Simulation bei Militärpersonen. Vortrag in der Jahresvers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
— Zur Frage der Simulation bei Soldaten. Vers. der nervenärztl. tätigen Militärärzte des VII. Armeekorps am 24. VI. 1916. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 48.
Wagner v. Jauregg, Erfahrungen über Kriegsneurosen. Wiener med. Wochenschrift 1916, Nr. 36 u. 43.
— Diskussion zu den Ref. Redlich-Karplus. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 24.
Weber, Demonstration von Kriegsneurosen. Medizin. Gesellsch. zu Chemnitz am 16. II. 1916. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 31.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
Weichbrodt, Über eine einfache Methode zur schnellen Heilung hysterischer Störungen. Vers. mitteldeutscher Psychiater in Dresden am 6. I. 1917. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. **14**, H. 1. 1917.
Weiss, Diskussion zum Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
Westphal, Über einen Fall von ungewöhnlicher hysterischer Contractur. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
— Über Kriegsneurosen, insbesondere über Gehstörungen auf psychogener Basis. 93. ordentl. Vers. des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 25. VI. 1916 zu Bonn. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **72**, H. 5/6. 1916.
Wetzel, Das Zustandsbild der frischen Shockpsychosen im Felde. Vortrag im naturhistor.-medizin. Verein zu Heidelberg am 23. I. 1917. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 9.
Wexberg, Neurologische Erfahrungen im Felde. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
Weygandt, Die Kriegsparalyse und die Frage der Dienstbeschädigung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.
— Diskussion zum Ref. Bonhöffer.
— Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
Wietfeld, Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
Wilmanns, Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen. Ref. auf der Kriegstagung des deutschen Vereins f. Psychiatrie in München am 2. IX. 1916. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **73**, H. 1. 1917.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.

Wilmanns, Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
Wollenberg, Zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Kriegsärztliche Erfahrungen. Bruns Beiträge z. klin. Chir. **101**, H. 4. 1916.
— Wesen und Behandlung der Kriegsneurosen. Unterelsäss. Ärzteverein am 7. X. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 2 (Orig. Med. Klin. 1916, Nr. 50).
— Über funktionelle Extremitätenlähmungen. Vortrag auf der Jahresvers. des Vereins der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte in Baden-Baden am 3./4. VI. 1916. Ref. Neurol. Centralbl. 1916, Nr. 17.
— Diskussion zu den Ref. Oppenheim-Nonne-Gaupp.
— Diskussion zu den Ref. Meyer-Wilmanns.
Zangger, Psychische Traumata und ihre Behandlung. Schweizer ärztl. Korrespondenzbl. 1916, Nr. 45.



Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen.

Sammelbericht

von

Karl Birnbaum (Berlin-Buch).

Sechste Zusammenstellung von April bis Ende 1917.[1])

Inhaltsübersicht.

Allgemeinpsychologisches und Pathopsychologisches.

Systematische experimentell-psychologische Untersuchungen sind nun nach den verschiedensten Richtungen und an dem verschiedensten Material in Angriff genommen worden. — Arbeitsversuche bei Kriegsneurotikern ergaben nach Isserlin verschiedene Typen der Arbeitsleistung:

1. Kranke mit normaler Stellung zur Arbeit;

2. übermäßig Ermüdbare mit schnell abfallender Kurve und starker Pausenwirkung;

3. Kranke mit anscheinend ideagener Hemmung und „gekreuzten" Arbeitsbildern: vorzugsweise geschädigte körperliche Arbeit (nicht

[1]) Vgl. diese Zeitschrift Ref. **11**, 321—369; **12**, 1—89, **12**, 317—388; **13**, 457—533; **14**, 193—258 und 313—351.

selten auch Auffassung, gelegentlich Rechnen), fehlende Einstellung auf die betreffende Arbeit, fehlende Übung, keine Ermüdung, keine oder paradoxe Pausenwirkung;

4. Typen mit Hemmung der Leistung auf allen Gebieten, mangelhafter Einstellung auf die gesamte Arbeit mit Rentenneurotikerkurven (der geraden Linie angenäherte Form bei minimaler Höhe, gänzlich fehlender Übungsermüdung und Pausenwirkung).

Sterns Assoziationsprüfungen bei Gehirnverletzten ergaben einen Parallelismus zwischen dem psychischen Gesamtbefund und dem Grade der Assoziationsstörung, nur erschien die Störung im Assoziationsversuch etwas ausgesprochener. Es ließen sich im wesentlichen nach der Schwere der Schädigung verschiedene Gruppen aufstellen:

1. Bei den organischen Fällen bestand im allgemeinen rasche und vollständige Ermüdbarkeit, die sich in Zunahme der Fehlreaktionen, Abnahme der Wortreaktionen, Zunahme der Satzreaktionen primitiveren Typs, Verlängerung der Reaktionszeit, Zunahme der Perseverationstendenz und Abnahme des konstellierenden Einflusses kundgab. Im einzelnen zeigten sich:

a) in den schwersten Fällen charakteristische Ähnlichkeiten mit dem Befunde bei Imbezillen und Idioten: fast vollständiges Fehlen der Wortreaktion, Häufigkeit der primitivsten Satzreaktionstypen, mit regelmäßiger Einbeziehung des Reizwortes, Fehlen sinnlicher Wahrnehmungen und Erinnerungen, Seltenheit konstellierender Einflüsse, deutlich hervortretende perseveratorische Tendenz, wesentlich gesteigerte Ermüdbarkeit;

b) in den mittelschweren Fällen Ähnlichkeit mit Epileptikerassoziationen: häufige Satzreaktionen, insbesondere auch primitivsten Typs, geringe Konstellationen, perseveratorische Tendenz und als Fortschritt gegenüber der niedrigsten Stufe Ansprechbarkeit auf sinnliche Wahrnehmungen;

c) in den leichten Fällen bereits Verarbeitung der Erinnerung bei den Assoziationen; Ermüdbarkeitssymptome und insbesondere primitive Satzbildungen als Beweis der organischen Bedingtheit des Typs.

2. Die Fälle ohne organischen Befund trotz zentraler Verletzungen boten schon funktionelle Assoziationsstörungen im Sinne konstellierender Komplexwirkungen (Kriegskomplex).

Voss' Reaktionsversuche an lazarettkranken Kriegsteilnehmern ließen vielfach im Inhalte der Reaktionen deutlich den Kriegseinfluß erkennen (so u. a. die Friedenszahlen überragend bis zu 65% militärische Reaktionen auf militärische Reizworte). Auch Reizworte ohne Beziehungen zum Militärleben ergaben kriegerische Reaktionen. Bei einigen war eine ausgesprochen militärische, sei es lust-, sei es unlustbetonte Einstellung erkennbar. Die Reaktionszeit war sowohl bei organisch wie funktionell Erkrankten durchschnittlich sehr lang (in manchen Fällen 16 bis 29 Sekunden bei bis zu 12% der Reaktionen). Fehlreaktionen und Reproduktionsfehler kamne häufig vor, letztere bei Neurotikern häufiger als bei organisch Erkrankten. Ebenso traten bei diesen die Komplexmerkmale

häufiger hervor. Im übrigen erwiesen sich die organisch Erkrankten, insbesondere die Kopfverletzten, noch stärker gehemmt als die Neurotiker. Die diagnostische Verwertung des Assoziationsversuchs zur Aufdeckung der Simulationen hält auch Voss für völlig verfehlt (vgl. diese Berichte, 4. Zusammenstellung, S. 498).

Trömner weist ganz allgemein auf die Bedeutung der motorischen Leistungsprüfung hin, im Hinblick auf den Aufbau der militärischen Dienstfähigkeit aus rein motorischen Leistungen (Marschieren usw.) und sinngemäßen sensorischen Sensationen (Beobachten, Schießen usw.). Wesentlich erscheint ihm dabei die Feststellung von mehr oder weniger komplizierten Überschußreaktionen, die bei allen ungewöhnlichen Situationen, vor allem aber gefahrbringenden Eindrücken in Form sekretorischer, vasomotorischer, psychischer und abnorm motorischer Erregungs- und Hemmungsvorgänge aufträten und als Gefühlsreaktionen zusammengefaßt würden. Störendes Überhandnehmen dieser pathologischen, die Dienstfähigkeit bezüglich der ordnungsmäßigen motorischen Leistungen und sensorischen Sensationen beeinträchtigenden Überschußreaktionen sei pathognostisch für pathologische Formen. Die experimentelle Bestimmung dieser Vorgänge ergebe einen ziffernmäßigen Kanon der Felddienstfähigkeit. — Trömner verweist im übrigen auf gewisse Ausnahmen bei Einzelprüfungen, z. B. das gelegentliche Fehlen des charakteristischen Ermüdungsabfalles der ergographischen Kurven bei Neuropathen.

Hoches Bericht über die Ergebnisse zahlreicher Beobachtungen bei Fliegerangriffen interessiert nicht nur wegen der psychisch-nervösen Kriegswirkungen auf die Zivilbevölkerung, sondern darüber hinaus auch als Beitrag zu der noch unzulänglich bearbeiteten Katastrophenpsychologie und -psychopathologie.

Am nervösen Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung, die sich im Hinblick auf die stete Gefahrenmöglichkeit usw. in einem gewissen psychischen Ausnahmezustand befand, war die erstaunliche Gewöhnung an die Situation und die relative Sorglosigkeit in der Gefahr bemerkenswert.

Bei den Angriffen selbst verschärfte die erzwungene Passivität ohne seelische Entlastungsmöglichkeit durch Gegenwehr (besonders bei Bettlägerigen) die psychische Situation. Dazu kam noch Verstärkung der Nervenwirkung durch die Intensität der sinnlichen Eindrücke (Detonation, Dunkelheit) und die erhöhte ängstliche Spannung und Erwartung infolge des dem Einschlagen vorangehenden, eine Zeitlang hörbaren Geräusches der fallenden Bombe. Entsprechend gewissen naiven zwangsmäßigen Denkgewohnheiten wurde übrigens instinktiv für die eigene Person ein erschreckendes Maß von Gefährdung angenommen. An Fiebernden gingen dagegen die Fliegerangriffe gelegentlich völlig eindrucklos vorüber.

Die unmittelbar bemerkbaren Wirkungen während eines Fliegerangriffes waren die üblichen Angstsymptome: am häufigsten Zittern und Blässe, aber auch — neben mehr oder weniger mechanischem Beten — Zustände von krampfhaftem Lachen, akute Durchfälle, stark vermehrte Urinausscheidung und lebhafter Durst.

An den nervösen Nachwirkungen — sie werden von einem Offizier für das Bombeneinschlagserlebnis als eindringlicher wie die Sommeschlacht hingestellt — ist das Wesentlichste das Ausbleiben jeder psychiatrischen Aufnahme in der immerhin nicht kleinen Stadt trotz Angriffen und Alarmierungen mit sonst starken psychischen Wirkungen, nach Hoche ein erneuter Beweis für den verhältnismäßig geringen Einfluß äußerer Erlebnisse bei der Entstehung wirklicher Geisteskrankheiten. Überhaupt zeigte sich bei Vollwertigen keine eigentliche länger dauernde Nachwirkung. Höhere Lebensalter boten an sich entsprechend der zunehmenden Unerregbarkeit des Alters eine größere Widerstandsfähigkeit. Auch bei den psychisch Kranken der Klinik waren die Einwirkungen nicht beträchtlich. Vermehrung von Angszuständen, doch auch Überwindung von Zwangshemmungen, bei manchen Psychopathen sogar eine ausgesprochene Freudigkeit gegenüber solchen Erlebnissen wurden beobachtet.

Von den einzelnen nervösen Folgeerscheinungen in der Bevölkerung waren am allgemeinsten die Schlafstörungen (verminderte Schlaftiefe, ängstliche Träume, häufiges Erschrecken, traumhaft halluzinierte Schüsse mit Aufspringen, auch völlige Schlaflosigkeit), des weiteren akustische Überempfindlichkeit (Zusammenschrecken bei Geräuschen und dauernde akustische Aufmerksamkeitseinstellung). Von körperlichen Erscheinungen standen die Herzsymptome im Vordergrund, insbesondere bei Thyreotoxischen. Auch akute Polyurie, vermehrte Zuckerausscheidung, Zessieren der Menses, nervöses Erbrechen, Diarrhöen, nervöses Asthma, Schwindelanfälle, sodann echte hysterische Anfälle, namentlich mit heftigen Schreiäußerungen, vereinzelt auch Tremorfälle in den bekannten Formen und Verteilungen kamen zur Beobachtung. Alles dies gelegentlich vereint mit ausgesprochenen, die eigentlichen Anfälle teilweise wochenlang überdauernden Angstzuständen. Einige Male wurde auch ein ausgesprochener somatisch nicht erklärbarer Kräfteverfall notiert.

Bei den unmittelbar von der Bombenwirkung Betroffenen waren psychologisch die vielfach merkwürdig geringe Wahrnehmungsfähigkeit für die starke plötzliche Luftdruckschwankung, die Unsicherheit der Zeitschätzung während der Phase der Spannung, die Ungleichheiten der Sinneswahrnehmungen (optische ohne die zugehörigen gleichzeitigen akustischen) festzustellen. Beim Absturz in die Tiefe konnte von dem allgemein behaupteten raschen Durchleben der Hauptereignisse des Lebens keine Rede sein, vielmehr war die Phase von kurzem Beten oder gleichgültigen Beobachtungen ausgefüllt. Die seelische Gleichgültigkeit analog den Erfahrungen bei sonstigen Katastrophen wurde auch hier beobachtet (Gedanken eines verschütteten jungen Mädchens beim Rettungsversuch an die gefährdete neue Schürze). Eine Anzahl unverletzter Bureauangestellter war in ihrem Stuporzustand nicht zur Teilnahme am Rettungswerk zu bewegen. Im übrigen haben auch die unmittelbar Verletzten, Verschütteten und Abgestürzten im allgemeinen das Ereignis im Verhältnis zur Schwere der Eindrücke unerwartet gut überstanden, so daß Hoche als Gesamtergebnis seiner Beobachtungen die

nicht schlechte seelische Widerstandskraft der modernen Stadtbevölkerung bucht.

Kinder blieben nach Nöggerat bei Fliegerangriffen, soweit sie normal waren, gleichgültig; nur konstitutionell minderwertige zeigten sich nervös. Siegert sah aufgeregte Kinder bei diesem Anlaß nur in den Familien, in denen aufgeregte Eltern waren.

Zu einer psychischen Infektion kam es in einer Wedekindschen Beobachtung auf dem Boden eines Zustandes eigenartiger Spannung und Aufgeregtheit und der psychischen Atmosphäre des Krieges bei jugendlichen Arbeiterinnen einer Munitionsfabrik an einem in relativer Nähe des Kriegsschauplatzes befindlichen und von gelegentlichen feindlichen Fliegerbesuchen u. dgl. heimgesuchten Orte. Es traten hysterische Zitteranfälle mit länger dauernder Bewußtlosigkeit bei jugendlichen Arbeiterinnen bei jedem geringen Anlaß auf, so daß es nichts Außergewöhnliches war, wenn mehr als ein Dutzend in Zuckungen am Boden lagen. Besonders ergriffen wurden unter sich verwandte Mädchen, auch Freundinnen. Isolierung brachte rasche Heilung.

Unmittelbares kriegspsychologisches Interesse bietet die Wedekindsche Beobachtung einer richtigen militärischen Angstepidemie, wenn diese sich auch mitten im Frieden einstellte. Sie kam unter dem Einfluß grausenerregender Vorkommnisse bei der ganzen Besatzung eines einsam auf Bergeshöhe gelegenen Forts zur Entwicklung. Der Suggestion eines nächtlichen feindlichen Angriffs unterlagen dabei die Mannschaften so weitgehend, daß eine ganze Anzahl psychisch nicht disponierte direkt Visionen und Gehörshalluzinationen von feindlichen Truppen hatten, einer sogar in Form eines kompliziert ablaufenden halluzinatorischen resp. illusionären Erlebnisses, während zahlreiche weitere die Wahnideen wenigstens übernahmen.

Borström betont die Einengung des psychischen Blickfeldes im Kampf durch die überwertigen Vorstellungen der Gefahr, durch Spannung und Erwartung, so daß andere Eindrücke, grauenerregende usw., trotz ihrer Stärke nicht klar bewußt werden, die Auffassung der Vorgänge notleidet, manche Handlungen rein reflektorisch ausgeübt werden und die nachträgliche Reproduktionsmöglichkeit erlebter gefährlicher Situationen unzulänglich wird.

Weinert spricht von an der Front nicht seltenen Selbstmordversuchen. Stiefler berichtet von heldenmütigen Kämpfen, die eingestandenermaßen eine Reihe von Selbstmordversuchen darstellten, bei einem Korporal, der infolge Impotenz nach Lendenschußverletzung in eine depressive Gemütsverstimmung verfallen war.

Weygandt hebt häufige Labilität der Stimmung und pathologische Affekterregbarkeit als Reaktion der langfristigen Hypertonie im Felde wie der extremen Shockwirkung hervor. Friedländer berichtet von Zeichen von Tiefsinn oder Erregung mit Angst und Schlaflosigkeit als Folge der Heimateinflüsse, der Sehnsucht usw. im Felde.

Die nüchtern gehaltenen frontpsychologischen Erfahrungen Göhres lassen im Widerspruch mit sonst verbreiteten Darstellungen erkennen,

daß von einer besonderen Belebung des religiösen Gefühls durch die Kriegserlebnisse bei der großen Masse der Feldzugsteilnehmer nicht die Rede sein kann. Die Vereinfachung des seelischen Innenlebens, die Reduktion des Psychischen auf einige wenige große Linien, nicht zum wenigsten auf die animalische Existenz, die Abschwächung des psychischen Lebens im Felde überhaupt sind solchen seelischen Erhebungen nicht förderlich. Nicht viel anders steht es — auch aus rein äußerlichen Gründen — mit dem politischen Sinne und Interesse.

Die Reduktion des Sexuallebens des einzelnen im Felde wird auch von Göhre anerkannt. Psychologisch bemerkenswert ist schließlich seine Betonung nicht des Kampfes, sondern der steten Arbeit im Felde und selbst an der Front, derart, daß er den heutigen Krieg als eine Fortsetzung des Lebens und der Arbeit des Volkes unter anderen äußeren Umständen kennzeichnet. Auch der Hinweis auf das allmähliche Abblassen des inneren Verhältnisses zur Familie, die Abstumpfung des Gefühls für sie erscheint beachtlich.

Hoppe geht dem Einfluß der suggestiv wirkenden Glaubenswerte auf die Masse, Löwenfeld ganz allgemein den wirksamen Suggestivkräften im Kriege nach. Aschaffenburg sucht die Zusammenhänge zwischen Weltkrieg und pathologischer Lüge sowie der Massenpsyche klarzulegen. Er erörtert die Bedeutung, die die pathologische Lüge und phantastische Schwindler bei der Entstehung, dem Umsichgreifen und der Gestaltung des Krieges gespielt haben können, und kennzeichnet den Anteil der nicht pseudologischen Gesunden an der Wiedergabe und Verbreitung falscher Schilderungen.

Für die Neutralen betont die niederländische Kriminalstatistik vom Jahre 1914 (ref. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. **11**, 1917), daß die Folgen des Krieges sich auch in ihren Ländern, wenn auch in schwächerer Form, so doch in den gleichen Wirkungsweisen gezeigt hätten (so u. a. in dem Zurücktreten der individuellen Interessen bei Kriegsbeginn). Speziell in krimineller Hinsicht wird die Abnahme der leichteren Kriminalität bei Zunahme der ökonomischen und aggressiven Delikte hervorgehoben. Das Gesamtergebnis waren immerhin für die erste Kriegsphase niedrige Totalziffern.

Die wachsende Jugendkriminalität im Kriege kommt in den Zahlenangaben der deutschen Zentrale für Jugendfürsorge nach den amtlichen gerichtlichen Mitteilungen über die in Groß-Berlin gegen Jugendliche schwebenden Fälle charakteristisch zum Ausdruck. Nach den Veröffentlichungen in Tageszeitungen handelt es sich seit 1914 etwa um eine Zunahme von mehr als 150%. 87% der neuen Fälle von 1916 betrafen übrigens Eigentumsdelikte.

Allgemeinpsychiatrisches und Neuropathologisches.

Von den allgemeinen kriegsneurotischen Erfahrungen mögen die feldärztlichen wegen ihrer Sonderstellung immer wieder ausdrücklich herausgehoben werden, wenn sie auch nichts prinzipiell Neues mehr bieten. Jolowicz sah während 9 monatiger Feldtätigkeit bei der Infanterie nur

einen schweren Fall frischer Neurose, von Granatkommotionen ebenso wie von anderen Neurosen in den ersten Kriegsmonaten während des Bewegungskrieges nur einige wenige. Später stieg die Zahl der Neurotiker nicht unbeträchtlich. Nach anstrengenden Gefechtstagen kamen akute Erschöpfungszustände mit vorwiegend nervösen Symptomen (subjektiv stereotyp: Herzklopfen, Mattigkeit, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit, objektiv: Reflexsteigerung, vasomotorische Übererregbarkeit, häufige Pulsbeschleunigungen und -unregelmäßigkeiten) vor, die meist nach wenigen Tagen Ruhe heilten. In einem schweren derartigen Falle, der lange in Feuerstellung aushalten mußte, bestand ein depressiver Erregungszustand mit hypochondrischen Ideen, heftigem Weinen bei geringen Anlässen, Schlaflosigkeit, Kreuzschmerz, hartnäckiger spastischer Obstipation und Sehnenreflexsteigerung. Die Fragwürdigkeit der vielfach behaupteten Verschüttungen bestätigt Jolowicz auch auf Grund seiner Feldbeobachtungen. Eine Bestätigung sonstiger Erfahrungen bietet auch der Hinweis, daß zahlreiche frische Verschüttungen aller Art auf der großen chirurgischen Station des Kriegslazaretts — abgesehen von den schweren Fällen mit Hirnkommotion, Trommelfellzerreißungen usw. — eigentlich symptomenlos verliefen, die allgemeinen subjektiven Beschwerden meist in kurzer Zeit zurückgingen und es hier niemals zur Entwicklung einer Neurose in unmittelbarem Anschluß an Verschüttungen kam.

Borström betont gleichfalls die Seltenheit funktioneller Zitter- und Lähmungserscheinungen im Felde, auch an Großkampftagen. Sprach- und Hörstörungen kamen verhältnismäßig noch am häufigsten vor. Vorübergehend fanden sich in aufgeregten Situationen die später bei Hysterie fixierten Symptome (Zittern, leichte aphasische Störungen usw.). In manchen Fällen kam es bei schneidigen, kühnen Soldaten zu auffallendem Verlust der geistigen Spannkraft. Sie drängten unruhig darauf hin, in Sicherheit zu kommen. Erwähnt sei hier gleich noch Borströms statistische Feststellung am Eppendorfer Material, wonach bei den Zitterfällen nur 14%, bei den Lähmungen und Contracturen 90% Verwundete waren. Nägeli erwähnt eine truppenärztliche Beobachtung, wonach von einer recht erheblichen Zahl eben in die vorderste Stellung zum ersten Male eingesetzter Soldaten am folgenden Tage fast $^1/_3$ sich krank gemeldet hätten, fast alle mit rein neurotischen Erscheinungen. Durch Zuspruch und festes Auftreten des Arztes seien aber ziemlich alle gleich wieder in die Stellung zurückgekommen und in der Folgezeit nicht nur nicht mehr nervös erkrankt, sondern sogar sehr tüchtige Soldaten geworden.

Bemerkenswert ist, daß auch der langdauernde Mobilisationsdienst der Schweiz reichlich Anlaß zu Neurosen von bezeichnendem Gepräge abgab. Strasser betont die ganz unverhältnismäßig große Häufigkeit der Neurotiker bei der nur im Grenzdienst stehenden Schweizer Armee. Als häufigste Symptomenbilder fanden sich Magen-, Herz-, Angst- und Zwangsneurosen, Schlafstörungen, Somnambulismus, Enuresis, Neurasthenie, Abulie, Migräne, Stottern. Hysterische Anfälle, Dämmerzustände und Choreaformen kamen nur vereinzelt vor. Auf kriegspsychopathologische Besonderheiten weist das Fehlen von typischkriegsneurotischen

Formen, wie Zittern, Taubstummheit, Contracturen, Lähmungen, was vielleicht für die Oppenheimschen Anschauungen Bedeutung gewinnen könnte. Bezeichnend ist weiter, daß bei den meisten Fällen Aggravation offensichtlich war, und daß keiner einfach durch den Dienst krank geworden war. Das Benehmen glich auffallend dem der Unfallneurotiker und Kassenkranken. Bei Lungenminderwertigen, Rheumatikern, Ischiatikern usw., die, den Schwierigkeiten des Dienstes sich nicht gewachsen fühlend, gepflegt und objektiv nachweisbar geheilt worden waren, folgte die Neurose meist hypochondrischer Natur nach.

Für die in der Schweiz internierten Kriegsverletzten bestätigt L. Binswanger die ungemeine Seltenheit neurotischer Störungen, was er aus dem ganz auf das praktische Leben, aufs Aktive gerichteten Zug in ihrem Seelenleben erklärt. Umgekehrt nennt Strasser speziell für die französischen Verwundeten die enorme Zahl von 42%.

Auch Hörmann gibt Anerkanntes wieder, indem er als Erfahrungen aus einjähriger französischer Gefangenschaft das nicht seltene Vorkommen traumatischer Neurosen bei den Franzosen, das seltene bei den Deutschen anführt. In einem Offiziersgefangenenlager entwickelten sich erst in der letzten Zeit einige Fälle anscheinend unter dem Einflusse der Internierungsmöglichkeit.

Mörchen fand übrigens neuerdings, daß wenigstens die nicht eindeutig psychogenen und jedenfalls nicht auf dem Kasernenhof entstehenden neurotischen Ausfallserscheinungen — traumatische Neurose Oppenheims im engsten Sinne, Reflexlähmung — bei Kriegsgefangenen nicht so überaus selten sind wie die echt psychogenen. Er sah unter den arbeitsunfähigen und in medikomechanischer Nachbehandlung stehenden bis 10% mit funktionellen, meist die anatomischen Organverletzungsfolgen überlagernden Symptomen auf motorischem und fast gleichzeitig auch auf sensiblem Gebiete. Auch hier muß es noch dahingestellt bleiben, ob und wie weit dadurch die Gewichtsverhältnisse in der Streitfrage der traumatischen Neurose verschoben werden können.

Liebermeister und Siegerist berichten über eine verhältnismäßig umfangreiche Neurosenepidemie bei schon mehr als Jahresfrist in Gefangenschaft Befindlichen, wobei ausschließlich Bewegungsbehinderungen, und zwar überwiegend pseudospastische Beinparesen und psychogene Ischialgien, bestanden. Den Anlaß gab ein unangenehmes Arbeitskommando — feuchte Grabenarbeit, die bei einem Teil akut rheumatische Erkrankungen hervorrief, welche selbst nun wieder durch Arbeitsunlust psychisch fixiert und hysterisch umgebildet wurden. Bei der so geschaffenen hysterischen Atmosphäre krystallisierten sich um sie die übrigen Fälle von Pseudorheumatismus und Pseudoischias, und daran schlossen sich dann noch einige psychogene Verletzungsüberlagerungen. Liebermeister hebt bei allen Befallenen den ziemlich hohen Grad von Indolenz und scheinbarer Demenz — vielleicht Heimwehlethargie — sowie den Mangel an Gesundheitswillen hervor[1]).

[1]) Liebermeister weist meinen Hinweis auf den ungeklärten Widerspruch zwischen der Seltenheit hysterischer Störungen bei Kriegsgefangenen und dem

Aus Reuters ausführlicher Darstellung der Tierkrankheiten im Kriege (vgl. auch 3. Bericht, S. 336) scheint mir zunächst die Seltenheit funktioneller Nervenstörungen hervorzugehen, die ja wohl überhaupt bei Tieren keine große Rolle spielen. Er erwähnt im Felde bei Pferden vielfach beobachtete Erschöpfungskrankheiten, ohne im klinischen Bilde irgendwelche nervöse Krankheitsmerkmale anzuführen. Die Bedeutung „mittelbarer (psychischer) Geschoßwirkungen" bei den Tieren hebt er hervor. Als öfter beobachtete Detonationsfolgen nennt er Shock, Kollaps, weniger Apoplexie — in Ermangelung einer sonstigen Bezeichnung als „Starrheits- und Schrecklähme" (sog. Herzflimmern) erklärt —, außerdem Abort und Frühgeburt. Tödliche Blutgefäß- und Gewebszerreißungen infolge plötzlicher Detonation und des dadurch verursachten Schrecks sind bei Tieren durch Obduktion sichergestellt. Oftmals ließ sich allerdings bei solchen ohne Verletzungen erfolgten Todesfällen eine spezifische Ursache durch die Sektion nicht nachweisen. Ähnliche Fälle sind übrigens auch beim Wild beobachtet. Beim „Abortivshock" weist Reuter — leider ohne nähere Schilderung — auf auffällige, bald sich wieder verlierende psychische Störungen hin, bei denen eine „eigentliche Erkrankung" nicht nachfolge. Simulation bei Tieren lehnt er ab. Zur Erklärung der — gelegentlich erwähnten — „Drückebergerpferde" mit verschiedenem Verhalten in und außerhalb der Feuerlinie zieht er die vorübergehenden nervösen Störungen der Tiere heran, die außerhalb des Bereichs der äußeren Einwirkung sofort wieder verschwänden. Erwähnt mag schließlich noch sein, daß nach Beobachtungen an der Ostfront sich Pferde gegen reizende Gase durch tiefes, selbst Verletzungen herbeiführendes Eingraben von Nase und Augen in den Sand wirksam schützten.

Alles in allem ergibt sich, daß von der Kriegsveteriuärneurologie für hier in der Schwebe stehenden Fragen: physische Verursachung von Kriegsneurosen, ätiologische Bedeutung der Begehrungsmomente u. dgl., nicht viel zu holen ist.

Hirschlaff hebt die Eigenart einer Fliegerneurasthenie hervor, ohne daß freilich sich aus dem kurzen Bericht ersehen läßt, ob und wie die einzelnen Erscheinungen mit den körperlichen, emotionellen und sonstigen Besonderheiten der Fliegertätigkeit zusammenhängen. Er nennt als Eigenheiten neben Herzlabilität und gesteigerter Reflexerregbarkeit frühes Ergrauen der Haare bei Jugendlichen, häufige sexuelle Impotenz, Steigerung des beim Fliegen an und für sich vorkommenden Harndrangs bis zur In-

naheliegenden Austauschwunsch mit der Erklärung zurück, vorerst würden ja nur Schwerverwundete und Schwerkranke, aber keine psychogenen Störungen ausgetauscht. Käme es erst zum Austausch von Hysterikern, dann würde sicher dort eine Hysterieepidemie auftreten. Hierbei scheint mir doch die Situation zu sehr vom Standpunkt des Arztes, aber nicht von dem des naiven Gefangenen betrachtet. Der sieht natürlich nur, daß Leute, die nicht gehen, stehen, sich bewegen können, ausgetauscht werden, und erhält damit also unmittelbar die denkbar anschaulichste Anregung zu grob hysterischer Symptomendarstellung. Auch der von Liebermeister gegen meinen Hinweis auf die naheliegende pathogene Bedeutung des Mythus von der lebensbedrohenden Gefangennahme erhobene Einwand, daß man gerade in einem solchen Zeitpunkt nicht daran denke, erscheint mir nicht recht beweiskräftig.

continentia urinae, funktionell zeitweise gestörtes Gleichgewichtsgefühl. Koschel gibt zur Psychologie des Absprungs und Falls der Flieger Angaben wieder, die von Bewußtlosigkeit und Erinnerungslosigkeit für die Zeit des freien Falles sprechen. Er selbst vermag sehr genau über die Bewußtseinsvorgänge bei einem eigenen, einige Sekunden dauernden Fall zu berichten.

Zielinski schließt aus mannigfachen Momenten: dem Vorkommen absoluter Analgesie sowie geringer oder fehlender Blutung bei Schwerverletzten, der ausgesprochenen Flexibilitas cerea nach Verwundungen, der Beibehaltung der im letzten Lebensmoment innegehabten Körperstellungen bei augenblicklichen Todesfällen nach Verletzungen, der von jedem Selbsterhaltungstrieb freien Bravour mancher Kämpfer und schließlich aus den gelegentlich falschen Alarmen und panischen Angstanfällen im Kriege auf das Bestehen eines autohypnotischen Zustandes.

Einzelne Fälle von Gasvergiftungsfolgen finden sich jetzt bei verschiedenen Autoren. Zumeist handelt es sich allerdings um wohl psychogene Störungen. Hübner führt zum Beweis für das Vorkommen einer CO-Intoxikation durch schwere Beschießung die Beschwerden von Kriegsteilnehmern nach Treffern in niedrigen Unterständen an: Erbrechen, Übelkeit, Schwindelgefühl, einige Male auch Bewußtlosigkeit, die nach künstlicher Atmung im Freien wichen. Organische CO-Vergiftungen fand er unter dem Kriegsmaterial nicht. Außerdem sah er im Gefolge von Gasangriffen einmal eine vorübergehende Übelkeit mit leichter Benommenheit, einmal einen psychogenen Contracturzustand in beiden Orbiculares, einmal einen psychogenen deliranten Dämmerzustand. Auch Knack erwähnt hysterische Zustände im Gefolge von Gasschädigungen. Er weist noch auf zahlreiche unmittelbare Todesfälle hin, die durch Gasminen unbekannten Inhalts nach wenigen Minuten unter Krampferscheinungen sich einstellten. Ein Fall bot neben Nervenstörungen — mehrtägiger Bewußtlosigkeit, anfänglicher Hemiparese mit Babinski usw. — eine Psychose mit starker Hemmung, Desorientiertheit, Euphorie und Größenideen, die sich langsam zurückbildete.

Eine Anzahl nervöser Störungen nach Blitzschlagverletzung beobachtete Jellinek als Kriegsbeschädigungen. Neben den charakteristischen Hautveränderungen bestanden bei allen funktionelle motorische Störungen (Zitterneurose, Hakenfußstellung im verletzten Bein, schlaffer Spitzfuß, Halbseitenlähmung u. a.). Durchweg hatten Bewußtseinsstörungen von $^1/_2$ Stunde bis zu 3 Tagen Dauer vorgelegen. Zum Teil bestand retrograde Amnesie.

Nach Kämmerer und Molitors Blutdruck- und Pulsstudien an gesunden Schützengrabendienst verrichtenden Infanteristen des Feldheeres fanden sich höherer Blutdruck — wie übrigens auch Tachykardie resp. erhöhte Pulserregbarkeit nach Bewegungsübungen — überraschenderweise bei den Jugendlichen — die höchsten bei Kriegsfreiwilligen — und den ungedienten Landstürmern. Diese verhältnismäßig häufig zu beobachtende primäre Blutdrucksteigerung bzw. das labile Verhalten des Blutdrucks nach dosierter Arbeit war wohl in der Mehrzahl der Fälle auf mani-

feste oder latente nervöse „Erregungszustände" zurückzuführen und nur bei einem kleineren Teil als Symptome beginnender Ermüdung des Zirkulationsapparates aufzufassen Arteriosklerose schien ohne Bedeutung zu sein, herztätigkeitserregende Schützengrabeninfektionen dagegen bei einem Teil eine Rolle zu spielen.

Marage prüfte die arterielle Druckgefäßspannung bei infolge Gehirnerschütterung nach Granatexplosionen ertaubten Soldaten, die stets über fast völlige Schlaflosigkeit und heftige örtliche Schmerzen, besonders in der Stirngegend, klagten. Er fand Hypertension, und zwar dauernde als Regel, Hypotension als Ausnahme. Schlaflosigkeit war stets von arteriellen Blutdrucksteigerungen begleitet, während die Stirnkopfschmerzen nichts damit zu tun haben schienen.

Kafka betont die Bedeutung der neueren Blut- und Liquorreaktionen für die Beurteilung und Behandlung nerven- und geisteskranker Kriegsteilnehmer. Ganz allgemein gebe die Normalität aller angestellten Reaktionen Fingerzeige bezüglich der Vortäuschung. Allerdings könne auch bei normaler Reaktion ein Krankheitsprozeß vorliegen. Für das Bestehen einer krankhaften Anlage des Nervensystems bei Kriegsneurotikern sprach vor allem die Beobachtung einer deutlichen Lymphocythose bei verschiedenen Tremorarten, gleichgültig in welchem Stadium. Auf dem Boden der Erschöpfung wurden nicht selten thyreotoxische Symptomenkomplexe festgestellt. Abderhaldensche Reaktion erwies sich von Wert für die Differentialdiagnose Neurose-Epilepsie-Schizophrenie.

Rautenbergs Untersuchungen am Kriegsmaterial mit der Abderhaldenschen Methode ergaben bei funktionellen Erkrankungen überwiegend, bei manisch-depressiven fast ausschließlich negative Resultate, bei Schizophrenie pluriglandulären Abbau — meist in Kombination von Gehirn und Geschlechtsdrüsen — in einer erheblichen Mehrzahl der Fälle. Rautenberg betont den differentialdiagnostischen Wert dieser Methode und die absolute Berechtigung ihrer Verwertung für militärärztliche Entscheidungen.

Picks Untersuchungen über Sexualstörungen an einer größeren Zahl von Soldaten ergaben in 13% der Fälle Klagen über hochgradigere Beeinträchtigungen der Sexualfunktionen bei Männern von etwa 20 bis 40 Jahren mit angeblich voller früherer sexueller Leistungsfähigkeit, und zwar weitaus vorwiegend bei Offizieren. In mehr als der Hälfte bestand völliges Erlöschen von Libido, Erektion und Ejaculation, in den übrigen Funktionsstörungen bei erhaltener Libido. Ein Fall mit Ejaculatio praecox hatte bei stärkstem Trommelfeuer Ejakulationen ohne Erektionen und sexuelle Aufregungen. Bei der Mehrzahl lag Granaterschütterung oder Lawinenverschüttung — Fälle von Kommotionsneurose, schwere Neurasthenie usw. — vor. Meist überwogen die sonstigen Krankheitssymptome gegenüber den Sexualstörungen. Gelegentlich wurden diese letzteren bei Rekonvaleszenz nach anderen Krankheiten als Ursache der Nervosität bezeichnet. In einem Falle führten sie zu Minderwertigkeitsideen und Suicidäußerungen. Der objektive Genitalbefund war meist negativ. Genetisch waren in Erwägung zu ziehen Abschwächung der Sexualität überhaupt

durch den Krieg, Abstinenz, Verschlechterung des Kräfte- und Ernährungszustandes — die jedoch nicht sehr in Betracht kamen —, vorwiegend aber hochgradige nervöse Symptome besonders im Sinne der Kommotionsneurose. Gegen kleine Herde im Lumbosacralmark mit Läsionen des Centrum genitospinale sprach das Fehlen sonstiger spinaler Symptome im Gegensatz zu dem Vorwiegen der cerebralen.

Von Schultz' Kopfverletzten gaben 10% eine erhebliche Abnahme der Sexualtätigkeit an, doch war bei 6—7% davon die Sexualstörung als Teilsymptom einer depressiven Hemmung aufzufassen.

Auf die Kriegsamenorrhöen muß noch einmal kurz zurückgekommen werden, nachdem die Häufung solcher Störungen funktioneller Natur im Verlaufe des Krieges allgemein betont und der Anteil psychischer Faktoren wenigstens im großen ganzen, wenn auch in wechselndem Maße, anerkannt worden ist.

Hannes (Deutsche med. Wochenschr. 32) erkennt ausdrücklich das Vorkommen rein psychisch bedingter Amenorrhöe an, wenn er dieser auch für die Kriegsfälle nur eine geringe oder gelegentliche Bedeutung beimißt. Stärker betonen die psychischen Einflüsse Schönheimer (vgl. Berl. klin. Wochenschr. 32), auch Mayer und Siegel (Centralbl. f. Gynäkol. 1917). Lehmann (Berl. klin. Wochenschr. 32) und Ekstein (Centralbl. f. Gynäk. 1917) heben speziell das sexualpsychische Moment heraus. Grünbaum (Deutsche med. Wochenschr. 42) fand bei Frauen im besetzten Gebiet, die unter den Kriegsverhältnissen ungefähr in dem Maße wie die deutschen litten, an einem allerdings kleinen Material keine Kriegsamenorrhöe, dagegen bei solchen, die unmittelbar den psychischen Einflüssen der Front ausgesetzt waren. O. Müller betont im Anschluß an Mayers Erörterungen über die verschiedenen psychotraumatischen Störungen der weiblichen Sexualfunktionen, Menstruationsblutungsanomalien und ihr Zusammenhang mit vasomotorischen Störungen —, daß unlustbetonte Empfindungen zu den allerstärksten Gefäßerweiterungen führen können, die wir kennen. Daß Nassauer auch noch „Kriegsschnellgeburten" kennt, die er ebenso wie die Kriegsamenorrhöen auf die unter Vermittlung innersekretorischer Drüsen erfolgenden Wirkungen des irritierten Nervensystems zurückführt („irritative Geburt", „irritative Amenorrhöe"), soll schließlich nicht ganz übergangen werden.

Weygandt geht auf die den Irrenanstaltsärzten zur Genüge bekannten Ödemfälle ein. Er betont die die Beobachtungen an anderem Material wesentlich übersteigende Zahl bei psychisch Kranken — vorzugsweise Dementia praecox, Idiotie, Imbezillität, senile Demenz und Hirnarteriosklerose. Bei Paralysen und Senilen traten mehrfach Gangränerscheinungen auf. Andere Fälle zeigten Macies oft beträchtlichen Grades ohne Gangrän. Weygandt erwähnt im übrigen noch die bis auf bedeutende Zunahme der Senilen wenig veränderte Aufnahmeziffer und die Mortalitätssteigerungen bei den internierten Geisteskranken.

Stelzner spricht von einer besonderen Transformation von Störungen durch die Kriegseinflüsse, derart, daß eigentliche epileptische Anfälle eine Umstimmung und Ersatz durch dämmerhafte Entweichungen

finden, und ähnlich auch hysterische Anfälle in Dämmerzustände übergehen. Daß die hysterischen Ausdrucksformen von dem Charakter des Milieus beeinflußt werden, wird man nach unserer ganzen Auffassung von der Eigenart und Bedeutung dieser Störungen ohne weiteres zugeben können. Für andere Krankheitsformen dürfte erst ein kritisches Beweismaterial zu sammeln sein. Stelzner berichtet im übrigen von einer als krankhaft erscheinenden Veränderung der „typischen einsamen Bergbewohner“ unter dem Einfluß der neuen soldatischen Umwelt. Diese gäben sich auch in ihren Erkrankungen ganz anders und zeigten in ihren Psychosen immer ein an katatonischen Stupor erinnerndes Bild.

Neurasthenie und psychisch-nervöse Erschöpfungszustände.

Stelzner hält das Vorkommen von Erschöpfungspsychosen im allgemeinen sowohl wie speziell bei Kriegsteilnehmern, insbesondere auch ursprünglich gesunden, für erwiesen, freilich ohne sich mit den Tatsachen und sonstigen Gründen auseinanderzusetzen, die gerade von den Kriegserfahrungen her zu einer Ablehnung von spezifischen Erschöpfungspsychosen geführt haben. Sie kommt vielmehr aus eigenen Anschauungen und eigenem Material heraus zu dem Schlusse, daß der Krieg mit diesen Erschöpfungspsychosen eine besondere Art der Reaktionspsychosen zeitige. Diese reinen psychotischen Erschöpfungszustände der verschiedensten Grade machten bei ihr nicht weniger als 10% der aus dem Felde überwiesenen Fälle aus. Die Krankheitsbilder zeigten — in der verschiedensten Anordnung — ungefähr folgende Symptome: Halluzinatorische Verwirrtheit und tobsüchtige Delirien mit bald manischem, bald depressivem Anstrich, ängstliche Melancholie, katatone Züge und Dämmerzustände, sämtlich mit verhältnismäßig schnellem Ablauf und vollständiger Wiederherstellung.

Es fragt sich vorerst ganz allgemein, ob der Begriff der Erschöpfung und der Erschöpfungspsychose von ihr scharf und eng genug gefaßt ist, um diese anderen Erfahrungen widersprechenden Ergebnisse zu rechtfertigen. Da ist zunächst für ihre Auffassung bezeichnend, daß sie Schwangerschafts-, Puerperal- und Lactationspsychosen gemeinhin unter die Erschöpfungspsychosen rechnet: Die in jenen Zeiten auftretenden geistigen Erkrankungen (— demnach also auch die häufigen Schizophrenien, Ref. —) sind zum größten Teile die Folgen seelischer nervöser und körperlicher Überanstrengungen. Und daß auch gewisse Haftpsychosen, „wo bei körperlicher Untätigkeit ein ungeheurer Druck auf das Gefühlsleben ausgeübt wird“, für sie in die gleiche Rubrik gehören, läßt zugleich erkennen, was sie alles unter den Begriff der Erschöpfung faßt.

Wichtiger sind nun die Einzelheiten der Kasuistik in ätiologischer und klinisch-symptomatologischer Beziehung und da läßt sich nicht verkennen, daß die Fälle — sie sind übrigens an sich fast alle recht interessant — wie auch die Art ihrer Verarbeitung für mancherlei Einwendungen Raum lassen. Da wird zunächst eine Gruppe angeführt, wo bei vorher gesunden oder wenig psychopathisch Veranlagten zunächst für einige Zeit eine Verstimmung in Form von Heimweh oder Zurücksetzungsgefühl besteht

und daran sich dann eine Wahnidee anschließt, „die je nach ihrer Artung einen Tobsuchtsanfall, einen Angst- oder Verwirrtheitszustand, kurz irgendein delirantes Bild auslöste, das schnell abzuklingen pflegt". Ein nicht selten damit verbundener fester Wahn sei nicht reines Erschöpfungssymptom, sondern infektiöse Giftwirkung. Unter den als beweiskräftig angeführten Fällen läßt der eine — starkes Heimweh, plötzlich auftauchendes Gefühl, es sei Friede und er müsse nach Hause gehen, danach Entfernung von der Truppe und mehrtägige Irrfahrt, aber immer mit Beachtung des angestrebten Zieles — immerhin die Möglichkeit einer im wesentlichen psychogenen Störung zu. Stelzner setzt allerdings die Friedensidee (ebenso wie eine vorübergehende euphorische Erregung bei der Einlieferung) auf Rechnung einer infektiösen Noxe. Ähnliche psychogen gerichtete diagnostische Erwägungen werden auch bei einem zweiten Fall nahegelegt, der nach einer Kanonade eine Bewußtseinsstörung hatte und sich bald darauf entfernte mit der Wahnidee, seine Dienstzeit sei vorüber, er habe mit dem Kaiser über den nahen Frieden gesprochen. Ein dritter Fall gibt ein an eine Alkoholhalluzinose erinnerndes Bild (beschimpfende Stimmen, Gespräche, Angst, er sei zum Tode verurteilt, Selbstmordversuch, Situationsverkennung in diesem Sinne). Stelzner selbst muß die Ähnlichkeit mit einem Alkoholdelir zugeben. Stärkerer Weingenuß im Felde wurde auch zugestanden. Ein weiterer Fall mit halluzinoseartigem Bild — heftige Angst, sieht überall auf den Höhen Feinde, hört Maschinengewehrfeuer usw. —, der stark positive Wassermannsche Reaktion im Blute hatte und nach antiluetischer Kur zur vollen Heilung kam, wird als Erschöpfungspsychose aufgefaßt, der das syphilitische Gift noch eine besondere Note gegeben hätte. Wieder ein anderer: Hysterischer Anfall nach Überanstrengung, typisch hysterische Taubstummheit wird als Explosionsneurose nach einer starken Ermüdung gleichfalls in engste Beziehung zu den Erschöpfungspsychosen gebracht. Auch paranoide Erschöpfungsbilder erkennt Stelzner an und gibt zum Beweis für halluzinatorisch-paranoide Vorstellungen bei einer „wirklichen" Erschöpfungspsychose eine episodische Störung mit Akoasmen bedrohlichen und anderen Inhalts.

Als zweite charakteristische, allerdings an Häufigkeit den eben gekennzeichneten nachstehende Gruppe — über 1% der Fälle — führt Stelzner Dämmerzustände an, die sie von andersartigen, hysterischen wie epileptischen zu trennen sucht und die sie auch bei vorher Gesunden anerkennt. Bei dem einen der Fälle fiel, wie Stelzner erklärt, halluzinatorische Verwirrtheit und Dämmerzustand zusammen, ohne daß aber eine Amnesie für die Zeit der Halluzinationen bestand. Was angeführt wird, sind im wesentlichen Schwäche-, Ohnmachtsanfälle und Bewußtseinstrübung vor der Aufnahme und eine einmalige nächtliche Vision nach derselben. Ein anderer Fall, bei dem die Störung nach Ablehnung eines Urlaubsgesuches eintrat, und die Erregung des Abschieds von Weib und Kind nach der Wiederherstellung von neuem einen kurzen Dämmerzustand auslöste, ein solcher Fall, dem noch dazu ausdrücklich seine entschiedene Dienstunfreudigkeit und erneutes Drängen nach der Heimat bescheinigt wird, wird von Stelzner in der Zeit der Kriegsabwehrhysterien als „reiner Dämmerzustand nach

Erschöpfung, gewissermaßen alle Postulate eines solchen erfüllend" hingestellt.

Bei einem Kranken, der Anfälle mit bewußtlosem Hinstürzen und initialer Vision eines kleinen Mannes hat, wird zwar die ausgesprochene Ähnlichkeit mit epileptischen Äquivalenten, der entschieden epileptische Charakter der Halluzinationen und die Möglichkeit einer bis dahin latenten epileptischen Komponente anerkannt, nichtsdestoweniger der Fall aber in dem Sinne verwertet, daß weitgehende Erschöpfungszustände mit traumatischem Einschlag, „als welche die tagelangen Erschütterungen beim starken Feuern anzusehen sind", den epileptischen Halluzinationen und Dämmerzuständen sehr ähnliche Bilder hervorbringen können. Schließlich wird noch ein „Erschöpfungsdämmerzustand" mit manischem Zustandsbild und Größenideen angeführt.

Nach diesen Feststellungen kann ich nicht sagen, daß die Darstellung sowohl als Ganzes wie in ihren Einzelheiten überzeugend wirkt. Dabei sehe ich ganz ab von den zahlreichen allenthalben eingeflochtenen theoretischen Annahmen und hypothetischen Erörterungen. (So u. a. die Annahme der erzwungenen Nicotinabstinenz als Anlaß für einen schnelleren Ausbruch von Psychosen, der Reizung bestimmter verschiedener Hirnzentren bei den verschiedenen Erschöpfungskrankheitsbildern, der Beteiligung „nahezu derselben" Hirnteile bei den Dämmerzuständen wie bei der Paralyse usw.). Wer einen psychotischen Erschöpfungstypus aufstellen will, muß unter strengster begrifflicher Formulierung des Erschöpfungsmoments ein ätiologisch eindeutiges und symptomatologisch einwandfreies Material vorlegen. Diese Anforderungen erfüllen die klinisch so polymorphen Stelznerschen Fälle ganz gewiß nicht. Die Schwierigkeit, ein reines Erschöpfungsmaterial aus den Kriegsfällen zu bekommen, soll dabei durchaus nicht verkannt werden und ebenso wenig übersehen werden, daß bei der Stelznerschen Kasuistik vielfach deutliche Erschöpfungseinflüsse in körperlich-neurasthenischen Symptomen, Merkfähigkeitsstörungen u. dgl. nachweisbar sind. Aber erst, wenn es gelingt, unter den obigen Kautelen charakteristisch sich von andersartigen abhebende, immer in gleicher Weise wiederkehrende Bilder zu bekommen, wird man etwas Definitives über Vorkommen, klinische Eigenart und äußeres Krankheitsbild der vorläufig gewiß noch nicht abgetanen, aber noch viel weniger genügend gestützten Erschöpfungspsychose aussagen können.

Den Anteil der Erschöpfung an psychotischen Störungen scheint auch Weygandt noch verhältnismäßig hoch einzuschätzen. So glaubt er bei einigen Fällen von psychischer Erregung und Verwirrtheit, die einige Zeit nach einer Verwundung ziemlich akut einsetzten, keine Abbausymptome aufwiesen und glatt in Heilung übergingen, doch eine gewisse Erschöpfung als wesentlichste Grundlage annehmen zu dürfen. Als Erschöpfungszustand faßt er u. a. auch einen sich rasch bessernden Fall mit Verwirrtheit, Hemmung, Schwerbesinnlichkeit, Merkstörung und anfangs sehr starker Ermüdbarkeit, sowie fast vollständigem Erinnerungsverlust für den Frontaufenthalt auf, ebenso einen anderen mit dem Bilde einer akuten halluzinatorischen Angstpsychose nach längerem Liegen im Schützengraben.

Hübner bekam umgekehrt überhaupt keine Erschöpfungspsychosen zur Beobachtung.

Binswanger führt — allerdings in ganz anderem Zusammenhang — einen Fall an, wo ein körperlich und psychisch zart konstituierter schwer psychopathischer junger Mann infolge erhöhter, mit aufreibenden seelischen Erregungen einhergehender Anforderungen, insbesondere auch auf militärischem Gebiete von einer schweren in stürmischem Verlauf zum Tode führenden Psychose befallen wurde, die durch initiale Konzentrations- und Gedächtnisschwäche und nachfolgende akute inkohärente Erregung bei gleichzeitiger Übererregung aller psychischen Vorgänge gekennzeichnet war. Binswanger betont zwar auf der einen Seite den konstitutionellen Charakter der Störung im Hinblick auf eine objektiv nachgewiesene konstitutionelle Hypoplasie der Hirngefäße, doch läßt auf der anderen Seite sein Hinweis auf Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zu dem Typus der cerebralen Erschöpfung, auf den mikroskopischen Nachweis von Abbauvorgängen des Gehirns und auf die nutritive Störung der Hirnrinde durch die vorangegangenen Schädlichkeiten erkennen, daß er die Auffassung als Erschöpfungspsychose für berechtigt halten dürfte, die in diesem Fall ja auch objektiv ungewöhnlich gut begründet erscheint.

Hellpach unterscheidet zwischen Feld- und Heimatneurasthenien, für die er auch typische differente Symptome angibt. Für erstere Gedächtnisschwäche, Interessenverödung, Potenzschwäche, Schlafstörungen, namentlich Traumsteigerungen, Herzneurose, Reizhunger (besonders Tabaksucht) bei Fehlen von Hypochondrie und verhältnismäßiger Seltenheit von Kopfschmerz und Dyspepsie; für letztere Ermüdbarkeit, seelische Unruhe, intellektuelle und affektive Haltlosigkeit mit gleichfalls fehlender Hyperchondrie. Es scheint mir nicht, daß Hellpach bei diesen Neurastheniespielarten nur die reinen nervösen Erschöpfungsstörungen im Auge hat, zumal er auch noch auf andere Sonderformen: Fälle nach schwerer Kommotion, paranoid verhakte neurasthenische Reibungsfälle, Fälle nach schweren Einzelerlebnissen (Angstschock), Spannungsneurasthenien, Narkotismen der Jugendlichen, Übergangsneurasthenien der ins Land zurückströmenden Massen usw. hinweist. Eine wissenschaftliche Verständigung und klinische Vereinheitlichung wird allerdings dadurch nicht erleichtert.

Für die Hysterie läßt Hellpach übrigens nur die Feldhysterie gelten, indem er die Garnisonhysterie als Vorreaktion auf kommenden Kriegsdienst hinstellt.

Zahlenmäßig fand auch er die bekannten Unterschiede zwischen Hysterie und Neurasthenie bei Offizieren und Mannschaften. Bei ersteren 53% Neurasthenien und 7% Hysterien, bei letzteren 46% Neurasthenien und 29% Hysterien.

Homburger stellt das Fehlen oder die Seltenheit hypochondrischer Züge bei den Kriegsneurasthenien in Abrede. Nissl warnt vor Zukunftsprophezeiungen bezüglich der Übergangsneurasthenie, die Hellpach als nationales Neurosenproblem nach dem Kriege hinstellt. Happich weist darauf hin, daß die Verhältniszahlen von Neurasthenie und Hysterie

im Heimatgebiet wegen der verschiedenartigen Versorgung noch nicht der wirklichen Häufigkeit zu entsprechen brauchen.

Eine besondere von den sonst üblichen abweichende Begriffsbestimmung und Differenzierung von Neurasthenie und Psychasthenie nimmt Vogt vor. Unter die Psychasthenie faßt er die reizbaren Schwächeformen mit Überwiegen der psychischen Momente der Übermüdung und Erschöpfung oder der reizbaren Schwäche bei Zurücktreten der körperlichen Erscheinungen oder Störungen der Organregulierung; unter die Neurasthenien die Fälle mit psychischer Verarbeitung der Erschöpfungserscheinungen, aus der heraus sich gesteigerte Organempfindungen, hypochondrische Betrachtungen und selbst funktionelle Organstörungen an die ursprünglichen Störungen anschließen.

Jendrassik nimmt ausgerechnet die Kriegserfahrungen zum Anlaß für die Mahnung, nun endlich einmal mit der Erschöpfungshypothese bei der Neurasthenie wirklich aufzuräumen. Für ihn besteht die Eigenart der neurasthenischen Symptome in der größeren Reizbarkeit der erinnerungsbildhaltenden Elemente des Nervensystems, die durch stark wirksame Ideen von Schreckcharakter entstehen. Diese Neurastheniker können unermüdlich sein. Die nähere Charakteristik beweist den üblichen Ursprung dieser gegensätzlichen Auffassung, insofern Jendrassik gar nicht die reizbare Schwäche des Erschöpften, sondern die erhöhte Erregbarkeit des konstitutionell Nervösen als Neurasthenie bezeichnet. Die Hysterie beruht für ihn übrigens im Gegensatz dazu auf einer Minderwertigkeit der assoziativen Funktionen, als deren anatomische Grundlage er eine schwächere Entwicklung der Endbäumchen der Assoziationsfasern annimmt.

Psychogene Störungen.
(Schreckneurosen, traumatische Neurosen, hysterische Zustände.)

Das große allgemeine Abreagieren durch die Aussprache über die traumatischen Neurosen auf der Münchner Tagung hat nun auch zu einer glücklichen Entlastung der wissenschaftlichen Publizistik auf diesem Gebiete geführt. Es genügen daher diesmal einige wenige Hinweise.

Was sich alles im Sinne der Psychogenie für diese Störungen im allgemeinen — nicht gerade speziell unter dem Gesichtspunkt der Kriegsneurosen — heranziehen läßt, hat Naegeli in seiner Monographie über die Unfall- und Begehrungsneurosen[1]) — übrigens mit einiger für die Begründung vielleicht jetzt nicht mehr so unumgänglich notwendigen Aggressivität — zusammengestellt. Oppenheim ist in seinem Überblick über den „Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen" (Berlin, S. Karger, 1918) nochmals auf die Einzelheiten eingegangen. Es muß darauf verwiesen werden. Hier seien nur ganz kurz die letzten Formulierungen Oppenheims in dieser Sache demgegenübergestellt: „Ich nehme im Gegensatz zu der Mehrzahl der Fachgenossen nicht für alle Erscheinungen der traumatischen Neurose eine psychische, sondern für viele eine körperliche Grundlage

---

[1]) Neue deutsche Chirurgie **23**. Stuttgart, Enke 1917.

an.“ Und: „Mit der Aufstellung und Abgrenzung der traumatischen Hysterie ist durchaus nicht alles erfaßt, was als funktionelle Nervenkrankheit durch Erschütterungen des Nervensystems hervorgerufen werden kann.“

Beachtung verdienen in diesem Zusammenhang auch Kehrers vorsichtige Äußerungen aus einer gediegen aufgebauten und im wesentlichen doch wohl psychogen orientierten Darstellung kriegsneurotischer Erscheinungen, wenn sie sich auch wohl nicht ganz in der Richtung der Oppenheimschen Anschauungen bewegen: „An dem Vorkommen solcher dynamischen Störungen, die weder grob organisch, noch an sich in irgendwelchem Sinne hysterisch sind, sondern vielmehr etwas durchaus Spezifisches darstellen, ist ja nicht zu zweifeln. Insbesondere können ganz gleichmäßig und symmetrisch auf bestimmte Teile des Zentralnervensystems sich erstreckende molekulare oder chemische Schädigungen der funktionstragenden nervösen Elemente habituelle Verschiebungen der Apparate im Gehirn oder Rückenmark manifest machen.“

Auch Mörchens Betonung des „somatisch-funktionellen“ Charakters der Oppenheimschen Reflexlähmung, zu der ihm die oben erwähnten besonderen Beobachtungen an Kriegsgefangenen Veranlassung geben, sei hier noch angeschlossen, sowie schließlich der Hinweis auf Babinski-Froments[1]) physiopathische Störungen, deren Übereinstimmung mit diesen Anschauungen auch Mörchen anerkennt.

Als objektive, nicht psychisch bedingte und nicht vom Willen erzeugbare Zeichen dieser funktionell-physiopathischen, im Gegensatz zu den pithiatischen stehenden Störungen werden angeführt: Muskelatrophie, Hypotonie, vasomotorische Störungen, Muskelübererregbarkeit mit Langsamkeit der Zuckungen, Hyperidrose, lebhafte Sehnenreflexe, fibrotendinöse Reaktionen, Gelenkschwellungen, Knochenentkalkung. Babinski erkennt auch ihre Heilbarkeit, ihre Vermischung mit und ihre Substitution durch pithiatische Störungen an, und nennt als die zugehörige Behandlungsmethode die Physiotherapie.

Marburg hebt gerade als Ergebnis der kriegsneurologischen Erfahrung hervor, daß eine Reihe von Symptomen, die früher als charakteristisch für rein organische Affektionen galten, nun auch als Ausdruck einer Neurose angesehen werden müßten. So schwere trophische Störungen, trichotische, hydriotische, hyperthyreotische Störungen, Temperatursteigerungen usw. Die Reflexlähmungen (analog den Reflexcontracturen) als nicht psychogene erkennt auch er weiter an.

Die ganze Zweideutigkeit der Aufstellung organisch bedingter funktioneller Störungen scheint mir in Vogts Kennzeichnung der Kommotionsneurose als einer organisch bedingten und in nachwirkenden Erscheinungen noch organisch erkennbaren Erkrankung zum Ausdruck zu kommen.

v. Sarbó hält an seinem Standpunkt bezüglich der Granatfernwirkungsfolgen mit ihren Zwischenzuständen zwischen grob anatomischen und molekularen Schädigungen des Nervengewebes, die noch dazu zu Nervendegenerationen und damit schwer organischen Bildern führen

[1]) Babinski et Froment, Troubles physiopathiques d'ordre reflexe. Presse médicale 1917. Nr. 38. Ref. Neurol. Centralbl. 1917. Nr. 19.

können, nach wie vor fest in allen den Fällen, wo das Nervengewebe in seiner Funktion behindert sei, im Anfangsstadium des klinischen Bildes feine organische Zeichen aufweise und mit funktionellen Erscheinungen ausklinge. Er begründet seine Auffassung dieser Neurosen als organisch bedingter mit den schon bekannten Gründen und bekämpft mit den gleichfalls schon bekannten die fremden Anschauungen von der Kriegshysterie (wobei es übrigens manchmal den Anschein hat, als ob er gegen selbstgeschaffene, nicht tatsächliche Gegnerschaft kämpft. So etwa mit seiner Behauptung, die Mehrzahl der Autoren glaube nicht an eine materielle Läsion ohne äußere Verletzung u. ä.). Er ist „überzeugt", daß es nach Gehirnerschütterung zu Gehirnzuständen kommen kann, in denen eine ganz kolossale Beeinflußbarkeit besteht, betont eine exzessive Verschlechterung der Granatfernwirkungsfälle durch Suggestivbehandlung im Frühstadium usw. Ein Teil der Gegeneinwände gegen die Kriegshysterie (Unterschiede in den Erfolgen der Überrumpelungsmethode bei Offiziers- und Soldatenhysterie u. dgl.) erledigen sich von selbst. Seiner Erklärung, man sei das Aufdecken des psychischen Mechanismus bei diesen Zuständen schuldig geblieben, wird man auch nicht in vollem Umfang beipflichten können, so wenig wie seiner gegenteiligen Behauptung, diese Aufdeckung des psychischen Geschehens gelinge bei der Friedenshysterie immer. — Er gruppiert im übrigen diese Fälle von mikrostrukturellen heilbaren Schädigungen nach Granatfernwirkungen ohne äußere Verletzung:

1. Cerebrale Insuffizienz (mit für überstandene Gehirnerschütterung charakteristischem Status);
2. Hemiplegie oder Monoplegie;
3. Taubstummheit:
4. Meningismus (mit dem er auch gewisse Fälle allgemeinen Körperzitterns in Zusammenhang bringt, wo erst ein verworrener Geisteszustand und eine an die Strychninvergiftung gemahnende Übererregbarkeit bestand);
5. Kleinhirnerschütterung;
6. reine Rückenmarkserschütterung.

Bonhoeffer stellt diesen Anschauungen prinzipiell andersartige Erfahrungen gegenüber. Er konnte in keinem Falle von Zittern, Taubstummheit und Astasie, die er 12—24 Stunden nach der Einbringung aus dem Feuer gesehen hat, cerebrale oder spinale Symptome feststellen, andererseits aber wohl organische Benommenheitszustände, Trommelfellzerreißungen, Nystagmus ohne Zitterzustände u. dgl. Ganz abgesehen davon also, daß von einer regelmäßigen Verbindung von organischen Symptomen mit Zitterzuständen nicht die Rede sein könne, spräche auch die klinische Erfahrung, die durchaus andersartigen Hirnkontusionsresiduen, dafür, daß der Mechanismus der Entwicklung der Zitterzustände nicht den Weg der Hirnkontusion gehe. Das einzige, was Bonhoeffer hier als organisch gelten läßt, ist ein organisch präformierter Affektausdruck, auf dem sich der hysterische Mechanismus aufbaut.

Den psychogenen Anschauungen tritt prinzipiell in übrigens nicht übermäßig maßvoller Form von Maiendorff entgegen, unter erneuter Ab-

lehnung der Ideogenese der Zitterneurosen zugunsten ablaufender Reflexmechanismen. Darüber hinaus wendet er sich auch noch gegen die introspektiv psychologische Richtung in der Neurologie überhaupt. Nun läßt sich gewiß gegen die Anwendungsweise des psychogenen Prinzips, gegen die einzelnen psychischen Deutungen wie gegen den Umfang ihres Anwendungsbereichs gerade auch auf Grund der Kriegsneurosenbearbeitung noch mancherlei Berechtigtes sagen, aber das läßt doch wohl noch nicht den Rückschluß auf „willkürliche Erklärungsversuche“ und „unbewiesene Dogmen“, „Talmiwahrheiten“, „Abbreviatur subjektiver am grünen Tisch gewonnener Lernmeinungen“ u. dgl. zu, zumal, wenn es sich um so einfache, relativ durchsichtige objektive Tatbestände, wie etwa die Tremorfixierung handelt. Dabei ist Maiendorffs Kampfstellung zum Teil ganz gewiß auf bloße Verschiedenheiten der Begriffsauffassungen zurückzuführen, wie schon sein Hinweis auf den Widersinn einer psychogenen Hysterie, seine enge Fassung der Psychogenie als eines pathologischen Suggestionszustandes u. a. beweist. Er glaubt im übrigen hinter die Tendenz die körperlichen Erscheinungen durch Seelenvorgänge zu verstehen, das Gespenst einer dualistischen Philosophie und dieses selbst in den „dunkelsten, vielleicht aber darum so beliebten Auslassungen moderner Psychiater“ zu sehen. Er erklärt kategorisch, daß wir zwar aus den körperlichen Erscheinungen unserer Mitmenschen uns mit Zuhilfenahme der Kenntnis von den eigenen Seelenvorgängen eine beiläufige Vorstellung von ihrem inneren Zustande machen können, daß es uns aber versagt sei, den umgekehrten Weg zu gehen. Dies scheint auch der springende Punkt seiner Stellungnahme gegenüber der psychogenen Auffassung der Zitterzustände zu sein. Der fehlende Nachweis der wirklichen Existenz der supponierten Vorstellung in der Seele der Zitterkranken ist ihm der entscheidende Mangel und er macht nun den Autoren den Vorwurf, daß ihnen die Auslegung fremder Seelenvorgänge durch die Schilderung der eigenen genügte.

Hellpach scheint als Psychogenie die potentielle Fähigkeit zur psychischen Auslösung von Krankheitsmechanismen, als Hysterie die Aktualisierung solcher Potenzen durch den Krankheitswillen zu verstehen, sofern ich seine Formulierung: „Psychogenisch ist einer, der krank sein kann, wenn er krank sein will, und so krank sein kann, wie er will, aber hysterisch erst einer, der krank wird, weil er krank sein will“, richtig wiedergebe. Er nähert sich damit anscheinend jenen Auffassungen, die die Hysterie als eine spezifische Wunschpsychose, die Nosophilie als ihr Grundelement ansehen. Wohin er übrigens die der Psychiatrie wenigstens genügend bekannten psychogenen Störungen rechnet, die nicht dem Krankheitswillen ihre Entstehung verdanken, ist nicht recht zu ersehen, da er doch das Gebiet der Psychogenie für die bloßen latenten psychogenen Dispositionen reserviert hält. Hellpach sieht im übrigen durch seine Auseinandersetzungen auch noch den Streitpunkt zwischen Hysterie als Krankheit und als krankhafter Reaktion als gelöst an, eine Form der Lösung, die durch die Feststellung: der hysterische Charakter bedeutet den Kern gegenüber der Schale, die Krankheit gegenüber der krankhaften Reaktion, die Hysterie gegenüber der Psychogenie, kurz veranschaulicht werden mag. — Die weitere

Hellpachsche Erklärung, der Krieg habe in ganz überraschender Weise die Deduktion bestätigt, daß die hysterische Physiognomie bei hysterischen Männern ausgeprägter sein müsse, als bei hysterischen Frauen, da zum Hysterischsein des Mannes „mehr Hysterie" gehöre als des Weibes, sei gleich hier mit angeschlossen und ebenso seine daran geknüpfte aktuelle Anregung, die Fachgenossen im Felde und Lande möchten darauf achten, ob das dem klassischen Erscheinungsbestand der Hysterie zuzurechnende hysterische Lächeln, in den Dämmerzuständen nach Kampfshock hervorblitzend, den entscheidenden Übergang der einfachen akuten Shockpsychose in die Hysterisierung ankündige und möchten weiter verfolgen, wie es sich in den einzelnen Stadien des Ringens der Überwältigungsheilmethoden verhalte.

Bezüglich des psychogenen Vorgangs weist Möli in sehr zusammengedrängter Darstellung darauf hin, daß es sich bei der Flucht in die Krankheit um einen dunklen Drang zur Beseitigung von Unlust handle, der beim Gefühl des Versagens als instinktive Schutzmaßregel auftrete. Dieser sei nicht unmittelbar auf eine Krankheit an sich gerichtet, sondern zunächst gewissermaßen auf Entlastung der inneren Verantwortlichkeit durch eine Beschränkung des Kraftgefühls, wodurch zugehörige Affekte und weiterhin körperliche Mechanismen in Tätigkeit gesetzt werden. Die hysterosomatischen Zeichen seien also nicht etwas Ursprüngliches, und ihr Auftreten kennzeichne nicht die Krankheit, sondern die Krankheitsentwicklung liege schon weiter zurück, bei der Auslösung der Flucht werde die Grenze des Normalen schon mehr oder weniger überschritten. Die objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen aus dem Psychismus behielten für die Betrachtung gegenüber den nur physischen etwas Symbolisches.

Für die Lokalisation der hysterischen Störung hebt Möli hervor: Wenn ein plötzlicher Gewaltstoß neben vasomotorischen und sekretorischen Folgen den Boden für hysterische Störungen schaffe, so würden entsprechend unbewußter Assoziation nicht nur die Funktion der direkt betroffenen Teile, sondern auch für gewöhnlich latente Reste früherer Krankheiten die abnorme Reaktion an sich ziehen. Wo etwa äußere Gewalteinwirkung fehle, scheine namentlich eine anfängliche Bewußtseinsbeschränkung wichtig. — Bei der plötzlichen Restitution hysterischer Störungen, dem Schwinden eines Bewegungsausfalls nach Schreck, einer Hörstörung durch Sturz, denkt Möli an die Möglichkeit, daß die äußeren Zeichen zwar noch fortbestanden, die zugrunde liegende Spannung aber im Laufe der Zeit nachgelassen habe und nun infolge erniedrigter Reizschwelle die gemütlichen Erregungen in die besonders zugänglichen Bahnen drängten. Da nun aber die Reaktion sich gewissermaßen überlebt, ihre ursprüngliche entlastende Bedeutung eingebüßt habe, könne sie dann leicht im Bewußtsein nach der negativen Seite verschoben werden („los werden") oder sie könnte eine Art Selbstheilung bei einem besonderen Eindruck anbahnen, der die nicht mehr fest gebundene Affektivität beschlagnahmte.

Im Sinne einer affektiv bedingten Hemmung der psychogenneurotischen Entwicklung wird man vielleicht die Weichbrodtschen Fälle verwerten können. die dieser zum Beweis dafür heranzieht, daß gelegentlich

nicht der Schreck oder das Trauma, sondern das spätere Wiedererleben der Vorgänge die Ursache des hysterischen Zustandes sei. In dem einen Falle machte der verschüttete, sofort ausgegrabene und wieder auf die Beine gestellte Soldat den unmittelbar darauf befohlenen Sturmangriff, ohne verwundet zu werden mit und wurde erst nachher von einer Lähmung beider Beine befallen. In dem andern Fall beteiligte sich der aus der Verschüttung Befreite erst noch am Grabenkampf, um dann unmittelbar nach Zurückwerfen des Feindes starkes Zittern des Kopfes und eines (bei früherer Gelegenheit verwundeten und bereits geheilten) Armes zu bekommen. Ähnlich als Ausdruck affektbedingter Hemmung ist wohl auch das Ausbleiben hysterischer Anfälle in wirklicher Gefahr anzusprechen, wie es Böhmig anläßlich einer mit Zerstörungen im Lazarett einhergehenden Explosion bei Kranken beobachtete, die sonst bei geringfügigen Anlässen schwerste hysterische Anfälle bekamen und solche erst wieder nach Wiederbeziehung der Station darboten. —

Die Einteilung der Unfallneurosen nimmt Naegeli nach „logischen" Gesichtspunkten vor: 1. Kommotionsneurosen, 2. Hysteriephasen, 3. Schreckneurosen und 4. eigentliche Unfallneurosen. Er kennzeichnet sie im einzelnen folgendermaßen:

1. Die Kommotionsneurosen sind durch das Vorherrschen eigentlicher cerebraler Symptome (tatsächliche Gedächtnisschwäche, Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, Kopfschmerz, Schwindel) ausgezeichnet und weisen — zum Unterschied von den eigentlichen Unfallneurosen — die Symptome sofort nach dem Unfall ausgeprägt auf.

2. Die Hysteriephasen sind vorübergehende Störungen mit sehr rasch auftretenden Erscheinungen der hysterischen Gesamtpersönlichkeit und -psyche: enormer Suggestibilität besonders gegenüber Affekten, Auftreten von Lähmungen, Contracturen, Anfällen, Dämmerzuständen und Vorbringen zahlloser Klagen. Sie sind nicht an ein anfängliches schweres psychisches Trauma gebunden, kommen vielmehr auch bei reinen Begehrungsneurosen ohne jedes Trauma recht häufig, und zwar mit und ohne Prädisposition vor.

3. Bei den Schreckneurosen spielen im Gegensatz dazu starke Affekte (Schreck, Angst) die Hauptrolle. Der starke Affekt kommt nicht zur Ruhe und schafft oft noch nach längerer Zeit weitere Symptome. Die Ausmalung der furchtbaren Ereignisse, der in den Klagen, in den Gesichtszügen, Benehmen, Unruhe, Zittern zum Ausdruck kommende beherrschende Affekt sind charakteristische Symptome. Die Prognose ist immerhin gutartig, doch kann es zu eventueller weiterer Fixierung und Verschärfung durch Begehrungsvorstellungen kommen.

4. Die eigentlichen Unfallneurosen sind von den übrigen Gruppen dadurch unterschieden, daß sie sich erst langsam, und zwar auf Grund von Begehrungsvorstellungen oder Befürchtungen entwickeln. Es sind im wesentlichen Begehrungsneurosen, Artefakte der Begehrungsvorstellungen auf dem Boden der jeweiligen Gesetzgebung.

An dieser Differenzierung erübrigt sich zunächst eine kritische Stellungnahme zu den Kommotionsneurosen, zumal Naegeli selbst ihren organi-

schen Charakter zugibt und ihre Heranziehung lediglich aus praktisch klinischen Gesichtspunkten rechtfertigt. Bei den Hysteriephasen — mit und ohne Prädisposition, mit und ohne Trauma — vermißt man eine Kennzeichnung der grundlegenden Pathogenese, des ihnen eigenen Entstehungsmechanismus. Dieser klinische Mangel fällt um so mehr ins Gewicht, als die Schreckneurosen, die auf der einen Seite von Naegeli doch in einen gewissen Gegensatz zu den Hysteriephasen gebracht werden, auf der anderen von ihm zum größten Teil den hysterischen Reaktionen zugerechnet werden. Im übrigen bleibt für die Schreckneurosen überhaupt nichts Wesentliches übrig, denn abgesehen von dem Hauptteil, der, wie gesagt, zu den hysterischen Reaktionen gehören soll, wird ein weiterer Teil in die physiologische Breite, demnach also überhaupt nicht unter die Neurosen gerechnet. Wenn im übrigen Naegeli ganz allgemein von den Unfallneurosen sagt, daß sie in der großen Mehrzahl der Fälle ins Gebiet der normalen Psyche gehören, so will er damit anscheinend nicht nur die Notwendigkeit einer vom Normalpsychologischen ausgehenden Auffassungs- und Betrachtungsweise betonen, sondern doch wohl auch die natürliche Herausentwicklung dieser Störungen aus rein normalpsychologischen Vorgängen. Mit dieser Anschauung — die Begehrungsneurosen sind beispielsweise nach ihm „Erscheinungen der normalen Psyche, besonders bei affektbetonter Betrachtung" — würde er sich dann in gewissen Gegensatz zu jenen Autoren befinden, die in den Unfallneurosen die krankhaften Reaktionen psychopathischer Konstitutionen sehen.

Rieder und Leeser kennzeichnen in einer begrifflich scharf gefaßten Darlegung die Hysterie als eine durch Herausstehen des Gefühlslebens aus der psychophysischen Einheit charakterisierte Störung („Thymektasie"), bei der die Einzelgefühle einen erhöhten Einfluß auf die psychophysischen Lebensäußerungen bekommen, die Apperzeption durch die erhöhte affektive Begleitung eine starre Richtung und Subjektivität erhält und die Willensvorgänge vorwiegend affektiv bestimmt werden. Diese Umänderung der psychischen Gesetzmäßigkeit habe ihr Abbild oder ihre Wirkung in den körperlichen Äußerungen der Hysterie, die hemmungslosen Affektschwankungen erschienen als übertriebene Ausdrucksbewegungen bzw. als ihr völliges Versagen, fixiert durch die starre Richtung der Apperzeption und die Schwäche der Impulse zur Wiederherstellung der Ordnung. Die sensorischen und sensiblen Reiz- und Ausfallserscheinungen seien Äußerungen der eigenartigen Apperzeptionsrichtung.

Als Besonderheit der akzidentellen Hysterie im Gegensatz zur konstitutionellen wird auch von ihnen das Vorwiegen der monosymptomatischen Form anerkannt. Die Schreckneurose wird als Kennzeichnung einer besonderen Krankheitsform abgelehnt, einmal wegen der allgemeinen Unzulänglichkeit einer ätiologischen Einteilung, vor allem aber weil als wesensbestimmend nur die anfänglichen kurzdauernden Schreckwirkungen angeführt werden können. Die richtige Kennzeichnung sei: vasomotorische Hysterie durch Schreck. Akinesia amnestica stelle ebenso wie Akinesia algera nur untergeordnete hysterische Einzelbilder dar. Trophische Störungen wären nur dann grundsätzlich von der

Hysterie abzutrennen, falls sie sich nicht als sekundär gegenüber den die Hysterie kennzeichnenden psychophysischen Störungen erweisen sollten. Auch die Gewohnheitslähmung im Anschluß an eine organisch bedingte Lähmung sehen sie als dem Wesen nach der Hysterie zugehörig an und stellen als äußere Formel für ihre Anschauungen fest, daß zwischen ihr und einer voll ausgebildeten konstitutionellen Hysterie wohl Grad- aber keine Wesensunterschiede bestünden. Für den Begriff der traumatischen Neurose schließlich sehen sie eine theoretische Berechtigung so wenig wie ein praktisches Bedürfnis vorliegen.

So geht auch für Rieder-Leeser im wesentlichen alles Kriegsneurotische in der Hysterie auf, deren Wesenseigenart m. E. durch den Begriff der Thymektasie doch wohl noch nicht genügend prägnant und erschöpfend gekennzeichnet und genügend scharf von nahestehenden Typen abgegrenzt erscheint. Das Affektübergewicht im seelischen Leben und die pathologischen Affektwirkungen im weitesten Umfange, die ja von jeher mit Vorliebe als hysterische Phänomene anerkannt wurden, reichen doch keinesfalls aus, um alle Seiten der Hysterie zu erklären, und umgekehrt kommen sie auch in einem klinischen Rahmen vor, z. B. bei den degenerativen Krankheitstypen im allgemeinen, ohne daß es gleich berechtigt wäre, speziell von Hysterie zu reden.

Cimbal hebt die „Zweck- und Abwehrneurosen als einheitliche und selbständige Krankheitsgruppe: sozialpsychologische Entwicklungsformen der Nervosität heraus, die von der strafbaren Willenssperrung des Gesunden, den Reiz- und Schwächezeichen der Nervösen und Erschöpften, den Schreckneurosen usw. zu trennen sind. Diese besonderen Krankheitsformen entwickeln sich auf der Basis eines krankhaft überreizten Nervensystems unter den Einwirkungen starker Affekte und dem Einfluß einer sozialpsychischen Situation. Sie bieten symptomatologisch charakteristische Reizerscheinungen, insbesondere des vegetativen Nervensystems als Folgen der krankhaften Affektspannung dar. Die die Krankheitszustände vermittelnde Affektlage ist vor allem ein Abwehraffekt, der sich bei pathologisch Veranlagten mit bereitliegenden Krankheitskeimen verbinde und durch Vermittlung verwandter Stimmungsveranlagung zu weit über den Rahmen der ursprünglichen Abwehrneurose hinausgehenden schweren Dauerschädigungen — Cimbal spricht auffallenderweise selbst vom Tode — führen könne. Die Stimmungslage der Zweckneurosen sei nachweislich aus den Schutzaffekten des Selbsterhaltungstriebes: Mißtrauen, Angst und Trotz zusammengesetzt. Die krankhafte Stärke der Verstimmung zeige sich in objektiv nachweisbarer Übererregbarkeit (Pulsbeschleunigung, Blutdrucksteigerung, Schwitzen, Reflexstörung) und in Willenssperrung bei der Leistungsprüfung. (Charakteristische Äußerungen des Abwehraffektes in der Arbeitskurve: überstarke oder unregelmäßige Schwankungen, angeblich plötzlich einsetzende seelisch bedingte Reizerscheinungen, wie Schwindel, Augenmuskel-, Herzschmerzen usw.) Für die äußere Entwicklungsform sind charakteristisch neben den unwillkürlichen Erregungszeichen die Willenssperrungen von einzelnen Funktionen (Lähmungen einzelner Körperteile) und die Mätzchenbildungen (Krampfzustände und Bewußtseinstrübungen.

tic- und manierenartige Mitbewegungen und Schüttelzittern). Sie stellen Übertreibungen dar, die zwar durch eine krankhafte Affektstörung bedingt sind, aber der halbbewußten Vortäuschung nahestehen. Diagnostische Erschwerungen sind bei den Fällen im allgemeinen durch die häufigen Über- und Unterlagerungen von seiten anderer Nervenstörungen gegeben.

Ohne weiteres wird man diesen Zweck- und Abwehrneurosen Cimbals ihre psychologische Sonderstellung und speziell ihre sozialpsychologische Bedingtheit zugestehen dürfen. Die psychologische Ableitung aus einer abnormen Stimmungslage, insbesondere aus der Mischung von Mißtrauen, Angst und Trotz erscheint mir allerdings nicht glattweg überzeugend. Psychologisch prägnanter sowohl, wie auch einleuchtender erscheint mir die psychologische Entwicklung in Mölis oben angeführter Analyse der Flucht in die Krankheit. Zweifelhaft dagegen muß die klinische Selbständigkeit erscheinen, die Cimbal diesen Abwehrneurosen, und zwar ausdrücklich auch gegenüber den hysterischen Formen einräumt. Es läßt sich doch nicht verkennen, daß es sich hier im wesentlichen gerade um jene Fälle handelt, die andere Autoren als typisch hysterische anerkennen, insofern Wunsch-, Zweck- u. dgl. Tendenzen den Krankheitsvorgang zur Entwicklung bringen und selber im Symptomenbild zum Niederschlag und zur Darstellung kommen.

Kohnstamm versucht die gewiß sehr berechtigte und notwendige Zerlegung des Hysteriebegriffes, um so zu charakterischen Unterformen zu gelangen. Er unterscheidet:

1. Hysterie des defekten Gesundheitsgewissens mit ihrer charakteristischen Unwahrhaftigkeit u. dgl., die anscheinend für ihn die eigentliche Hysterie ausmacht.

2. Den durch krankhaft gesteigerte Affekterregbarkeit gekennzeichneten hysterischen Persönlichkeitstyp mit seinen auf affektiver Labilität beruhenden hysterischen Reaktionen.

3. Die Schizothymie, die sich durch psychogene Spaltungen („Dissoziation") und fest im Unterbewußtsein verankerte psychogene Komplexe charakterisiert. Sie ist die eigentliche Reminiszenzneurose mit „Sandbanksymptomen" und „Komplexreaktionen".

4. Ihr nahestehend die Sejunktionshysterie, die zwar funktionelle, aber nicht psychogene Spaltungs- („Sejunktions-") Mechanismen und gleichfalls fest im Unterbewußtsein verankerte Innervationskomplexe aufweist.

Für die Sejunktionsneurose erkennt Kohnstamm eine häufige Kombination mit Hysterie des defekten Gesundheitsgewissens an, doch glaubt er die Bedeutung der Hysterie dabei weit überschätzt. Einen großen Teil der sog. reinen Neurasthenien mit visceralen Symptomen leitet er aus Sejunktionen visceraler Innervationskomplexe, insbesondere der den hormonerzeugenden Drüsen vorstehenden ab. Der Konversionsmechanismus, die Umwandlung seelischer Erregung in körperliche Symptome (also ein pathogener Vorgang, der gewiß allgemein als typisch hysterisch gilt), hat nach Kohnstamm nichts mit dem Wesen der Hysterie zu tun, sondern ist kaum mehr als eine Umschreibung dessen, was man im

allgemeinen Nervosität nennt — eine Auffassung, der man gewiß nicht uneingeschränkt beipflichten kann. In der psychogenen Beeinflussung, insbesondere der psychogenen Heilbarkeit bei nichtpsychogener Entstehung sieht er das Wesen der Psychoklinie.

Was nun noch speziell die Beziehungen dieser hysterischen Sonderformen zu den Kriegsneurosen angeht, so spielen nach Kohnstamm die hysterischen Reaktionen auf dem Boden der affektiven Labilität als eigenes Krankheitsbild im Krieg so wenig wie im Frieden eine besondere Rolle, eine Feststellung, die einigermaßen überrascht und nur halbwegs durch Kohnstamms Zusatz „als eigenes Krankheitsbild" annehmbar wird. Die gleiche Belanglosigkeit für Kriegsfälle schreibt er auch der Schizothymie zu und damit anscheinend doch wohl gerade den Fällen, in denen Vertreter der Freudschen Anschauungen die typischen, durch Verdrängung affektiver Traumen ausgezeichneten Kriegsneurosen sehen. Nur abortive Fälle mit Ohnmachts-, Schwindelanfällen, Kopf- und anderen Schmerzen kämen bei sensitiven, ethisch und militärisch sehr wertvollen Individuen vor. Den größten Teil der Kriegsneurosen bilden nach ihm die Sejunktionshysterien, deren Typ die Motilitätsneurose und hysterische Anästhesie sei. Die Kennzeichnung: Rentenhysterie auf Grund von Begehrungsvorstellungen hält Kohnstamm gegenüber Kriegsneurosen für verfehlt. Ganz allgemein faßt er die Kriegsneurosen als Hysteroneurasthenie zusammen und rechnet sie zum großen Teil zu den psychoklinen Krankheitszuständen.

Der Hauptwert dieser Kohnstammschen Auseinandersetzungen scheint mir in der Differenzierung der ganz gewiß verschiedenartigen hysterischen Mechanismen zu liegen, bei denen mir zunächst einmal eine Trennung von psychogenen und nicht psychisch bedingten Abspaltungen wohl berechtigt erscheint. Die Sonderstellung der affektlabilen Spielart und der mit defekten Gesundheitsgewissen (also anscheinend mit exquisit degenerativer Wesensart) erscheint mir demgegenüber relativ bedeutungslos.

Goldstein scheint sich in gewissem Sinne den Kohnstammschen Anschauungen zu nähern, indem er die kriegshysterischen Störungen prinzipiell von der Hysterie im eigentlichen Sinne mit folgender Begründung unterscheidet: Es handle sich bei ihnen weniger um körperliche Symptome infolge Alterationen der Gesamtpsyche und Komplexbildung, als um solche, die wohl psychisch verursacht seien, aber später nachher isoliert vom an sich wenig alterierten gesamtpsychischen Leben fortlebten.

Isserlin trennt die traumatisch-hysterischen Symptome deshalb von den psychogenen Schreck- und Emotionsneurosen, weil sie nicht mehr unter dem Bilde oder auch nur der Analogie eines normalen Ausdrucksgeschehens zu verstehen seien. Wenn Isserlin dabei ganz allgemein darauf hinweist, daß es gänzlich abnorme Bahnen des Ausdruckes seien, die uns unter dem Bilde der Kriegshysterie wie der Hysterie überhaupt vor Augen treten, so ist mir nicht recht verständlich, wie bei vielen hysterischen Erscheinungen (Hemianästhesien u. dgl.) überhaupt noch von abnormen Ausdrucksphänomenen die Rede sein kann.

Daß schließlich Kirchgässer die Hysterie als reizbare Willens-

schwäche, der Neurasthenie als reizbarer Nervenschwäche und der Hypochondrie als Vorstellungsschwäche gegenüberstellt, sei zum Beweise dafür angeführt, daß schön formulierte, reinlich gefaßte Begriffe und klinische Krankheitstypen sich leider nicht immer restlos decken.

Vertreter der Freudschen und ihnen nahestehenden, von ihnen abgeleiteten Anschauungen kommen wiederholt mit prinzipieller Stellungsnahme zu den Kriegsneurosen zu Wort.

Ferenczi sieht in den monosymptomatischen Kriegsneurosen Konversionshysterien im Sinne von Breuer und Freud. Es handelt sich — wie er in einer recht hübschen Kennzeichnung der lokalen traumatischen Hysterie sagt — um eine traumatische Fixierung des psychischen Akzents an eine Körperhaltung durch den plötzlichen psychisch nicht zu überwältigenden Affekt. Daß nun aber die dauernde Fixierung gewisser im traumatischen Moment gerade herrschender Innervationen ein charakteristisches Anzeichen dafür sein muß, daß im unbewußten Seelenleben noch immer unerledigte Teile jener Affekterregung am Werke sind, erscheint mir nach seiner Darstellung eigentlich nicht erwiesen, so wenig wie die Verdrängung von Affekterlebnissen ins Unbewußte überhaupt. Auch über die Sexualkonstitution als Vorbedingung für das Zustandekommen der Konversionshysterie in diesen Kriegsfällen spricht Ferenczi sich leider nicht aus.

Die Fälle von Gehstörungen und allgemeinem Zittern, im Gefolge von plötzlichen oder wiederholten kleinen oder größeren Erschütterungen sind nach Ferenczi Angsthysterien im Sinne Freuds und die Bewegungsstörungen der Ausdruck von Phobien, die den Zweck haben, die Angstentbindung hintanzuhalten. Es handelt sich also um die Affektwirkung gewisser psychischer Traumen — meist Erlebnisse, die das Selbstvertrauen herabzusetzen geeignet waren —, die ins Unbewußte verdrängt, von dort aus die Handlungsfähigkeit der Kranken beeinflussen und bei jeder Gefahr der Wiederholung des pathogenen Erlebnisses zur Angstentwicklung führen. Im einzelnen ist die Psychopathogenese dieser Kriegsangsthysterien nach Ferenczi die, daß bei Individuen mit starker Selbstschätzung durch den Granatluftdruck, der sie wie ein Nichts zu Boden warf, die Selbstliebe aufs äußerste erschüttert wurde und infolgedessen eine neurotische Regression, ein Rückfall in eine längst überwundene Entwicklungsstufe, in ein infantiles Stadium, — das erste Lebensjahr mit seiner Geh- und Stehunfähigkeit — eintrat. Auch das Zittern ist eine Schutzvorrichtung, das den Kranken vor einem Wiedererleben der Angst bewahren will, und die nachträgliche Hyperästhesie aller Sinne dient gleichfalls in Übereinstimmung mit Freudschen Anschauungen dem Selbstheilungsbestreben. Durch die „traumophile“ Einstellung soll die Diskrepanz zwischen dem von der Erschütterung relativ verschonten Bewußtsein und dem übrigen Teil des neuropsychischen Apparats ausgeglichen werden. Die von der Freudschen Schule hervorgehobene sexuelle Wurzel der neurotischen Angst sucht Ferenczi auf einem Umweg bei diesen Granaterschütterungshysterien herauszuholen. Granatexplosionen hätten in sehr vielen Fällen gerade das Fehlen des Sexualtriebes und sexuelle Impotenz zur Folge, so daß möglicher-

weise auch gewöhnliche Erschütterungen auf dem Wege der Sexualstörung zur neurotischen Erkrankung führten. Vorläufig begnügt sich Ferenczi allerdings mit der Erklärung, daß es sich bei diesen Traumen um eine Verletzung des Narzismus, der Selbstliebe, handle, deren natürliche Folge dann die Einziehung der Objektbesetzung der Libido, das Aufhören der Fähigkeit. jemanden anderen als sich selbst zu lieben sei. — Alles in allem glaubt Ferenczi gezeigt zu haben, daß die psychoanalytische Untersuchung auch bei diesen Kriegsneurosen zum mindesten die Wege weist, auf denen die Erklärung gesucht werden müsse, während die übrige Neurologie sich in der Deskription und der Namengebung erschöpfe. — Es erübrigt sich, auf diese Anschauungen im einzelnen kritisch einzugehen, zumal ja andere Nervenärzte für diese kriegsneurotischen Formen zur Genüge andere, sachlich zum mindesten nicht schlechter fundierte, weil auf nachweislichen und sichergestellten physiologischen, psychologischen und pathologischen Tatbeständen aufgebaute Erklärungen gefunden haben. Wenn Ferenczi diese zum Teil mit großer·Exaktheit und mit kritischer Zurückhaltung vorgenommenen Analysen durchsähe — ich verweise nur auf die schönen Kehrerschen Darlegungen über die psychogenen Hör- und Sehstörungen —, dann würde er vielleicht wenigstens zugeben, daß die übrige Neurologie sich ernsthaft bemühe, über die simple Deskription und Namengebung hinauszukommen.

Auch Sauer stellt sich bezüglich der Kriegsneurosen stark in die Nähe der Breuer- und Freudschen Anschauungen und betont deren Bewährung auch im Kriege und ihre besondere Eignung für die wesentliche Klärung der Frage der traumatischen Neurosen. Die von ihm zum Beweise für die pathogene Bedeutung der fehlenden Abreaktion des Affekts im Felde angeführten Fälle mit ihrem Wiederaufleben des affektvollen Kriegserlebnisses beim kathartischen Verfahren im Halbschlaf scheinen mir, wie so häufig, voll überzeugend eigentlich nur auf den zu wirken, der schon überzeugt ist. Die in dem einen Fall gemachte Angabe, er habe an das Erlebnis — eine Artilleriebeschießung, bei der sich erstmalig nervöses Erbrechen einstellte, wovon er übrigens im Wachen zu berichten wußte — nicht gern zurückgedacht, dürfte für die Annahme einer Verdrängung doch wohl noch nicht ausreichend beweiskräftig sein.

Strasser sucht die Erklärung für die Militärneurosen mehr in der Richtung der Adlerschen individualpsychologischen Deutungen. Den Zweckcharakter der Störung betonend, faßt er das Symptomenbild als final orientiert, aus der Imagination des Traumatikers arrangiert („final orientierte Attitüden") auf. Das psychische Trauma verursache nicht die nervöse Krankheit, sondern biete höchstens Gelegenheit, um ein in den übrigen individuellen Tendenzen vorgebautes Ziel zu erkämpfen, unter Anwendung der jedem Menschen eigenen gleichsam halluzinatorischen Fähigkeit und fiktiven Voraussetzungen. Ähnliche Mechanismen verwertet auch Kausch bei der Verarbeitung der Flüchtlingsneurosen der jüdisch-polnischen Bevölkerung, indem er individualpsychologische Arrangements zur Bestätigung der Überlegenheit u. dgl. heranzieht, etwaige rassenpsychopathologische Besonderheiten aber bei dieser immerhin national

— wie wohl auch religiös und sozial — eigenartigen Sondergruppe außer Betracht läßt.

Wenn schließlich Wagner, der die Freudsche Theorie durch den Krieg mit der Sicherheit eines Experiments erwiesen glaubt, die Nennung des Namens von Freud in den allgemeinen Darstellungen der Kriegsneurosen vermißt, so meine ich, wird man ihm im Interesse der wissenschaftlichen Gerechtigkeit eigentlich beipflichten müssen. Von allen sexuellen Momenten, von aller Symbolik, vou allem sonstigen mehr oder weniger wissenschaftlich anfechtbarem Beiwerk unabhängig, bleibt doch wohl bestehen, daß die Gesamtauffassung der Kriegsneurosen in Deutschland in gewissem Sinne Freudsche Forschungsrichtungen widerspiegelt. Ich verweise nur als Beispiel auf die ziemlich allgemeine Anerkennung der Neurose, ihrer Entstehung und ihrer Symptomatologie als eines bestimmten, nicht einfach allgemein biologischen, sondern speziellen individualpsychologischen Zwecken dienenden Phänomens (Wunsch-, Abwehr-, Zweckneurose, Flucht in die Krankheit usw.). Ich verweise weiter vor allem auf die ganze Bearbeitungsweise dieses Neurosengebietes, das Bestreben, durch weitreichende, auf individuelle Eigenart, Vorleben und Erlebnisformen zurückgreifende Analyse den Gesamtaufbau der Neurose zu erfassen, die einzelnen wirksamen Komponenten: vorbereitende, auslösende, determinierende usw. im Spezialfall herauszuholen und ihren Zusammenhang, ihr Zusammenwirken im Krankheitsfalle aufzudecken, kurz und gut auf die ganze Tendenz zu psychologischer Durchdringung, zur Erfassung der individualpsychologischen Bedingtheit des einzelnen Neurosefalles, von der ja wohl die ganze Freudsche Forschungsweise durchdrungen ist. Es erscheint mir zum mindesten fraglich, ob es unabhängig von Freuds Wirken bei einfacher Anknüpfung etwa an die —wissenschaftlich vielleicht einwandfreier fundierten — Janetschen Arbeiten, auf die ja als naheliegend und jenen am nächsten stehend am ehesten verwiesen werden könnte, zu einer analogen systematisch psychologischen Einstellung und Bearbeitung der Kriegsneurosen gekommen wäre. Dabei soll durchaus nicht verkannt werden, daß manches, was im Anklang an Freudsche Anschauungen von der heutigen Neurologie vertreten wird — ich denke bespielsweise an die Art, wie der Affekt wie eine kompakte Masse hin und hergeschoben, bald verknüpft, bald gelöst, bald übertragen, bald fixiert wird — ich selbst weiß mich übrigens von solchen Tendenzen durchaus nicht frei —, daß, sage ich, noch manches gerade davon sich wird gründlicher wissenschaftlicher Nachprüfung unterziehen müssen.

Den Beziehungen zwischen Hysterie und Simulation wird vielfach nachgegangen. Da zum Teil sorgfältige klinische Analysen versucht werden, die immerhin die erste Voraussetzung für die Klarlegung der Zusammenhänge abgeben, diese freilich noch nicht sichern, so sei in aller Breite darauf eingegangen.

Den umfassendsten systematischen Versuch, durch schärfere begriffliche Formulierungen und psychologische Zerlegungen in diesem Grenzgebiet zwischen Hysterie und Aggravation, zwischen Nichtkönnen und Nichtwollen weiterzukommen, macht wohl Kretschmer. Sein Ziel ist, den — wie er

es nennt — dem „freien“ Willen erreichbaren Teil des Symptomenbildes gegen den eigentlich krankhaften, als automatisch unwillkürlichen Nervenvorgang ablaufenden bestimmter abzugrenzen. Als wesentliches Moment erkennt er zunächst natürlich die eigentümliche, die Automatisierung von Willensvorgängen begünstigende Nervenbeschaffenheit des Hysterischen an, und leitet aus ihr die ganze Skala der Ausweichmechanismen — von der bewußten Simulation über die hypochondrische Gewöhnung bis zur Flucht in die außerbewußt wirksame Krankheit — ab. Simulation, hypochondrische Einbildung und neurologisch greifbare Hysterie sieht er daher nur als drei Sprossen der gleichen Wurzel der hysterisch minderwertigen Anlage an, daher er auch den Nachweis hysterischer Veranlagung und Begleitsymptome nicht für echt hysterische Erkrankung beweisend hält, sondern vielmehr ebenso wichtig für die Diagnose Simulation und falsche Gewöhnung (ein Standpunkt, der mir wenigstens bezüglich der Simulationsdiagnose doch zu weitgehend erscheint).

Entsprechend dieser Auffassung stellt Kretschmer nun drei hysterische Spielarten auf, deren wesentliche Unterschiede er vor allem in den Grad des Krankheitswertes und Gesundheitswillens legt:

1. die echte hysterische Störung, die keinen direkten Konnex mit der Willenssphäre hat;

2. die hysterische Gewöhnung (genauer: falsche Gewohnheit auf Grund hysterischer Anlage), die bei subjektiver Krankheitsüberzeugung objektiv, wenn auch vielleicht erschwert, dem direkten Willen zugänglich ist;

3. die hysterische Vortäuschung, bei der die ehrliche Krankheitsüberzeugung mehr oder weniger fehlt.

Bei den hysterischen Erkrankungen und Gewöhnungen unterscheidet er nun noch primäre und sekundäre Formen:

1a) Als primär hysterische Störungen bezeichnet er solche, die durch unwillkürliche Entstehung und neurologische Begrenzbarkeit (d. h. von den physiologischen Funktionsmöglichkeiten wesentlich verschieden und daher diesen gegenüber präzis neurologisch abgrenzbar) gekennzeichnet sind;

1b) als sekundär hysterische Erkrankungen solche, die aus der hysterischen Gewöhnung hervorgegangen sind und durch diese Entstehungsweise (nicht durch ihre Symptomatik) sich von diesen unterscheiden;

2a) als primär hysterische Gewöhnungen solche, die unmittelbar aus dem Physiologischen entspringen und der primär hysterischen Erkrankung sowohl durch ihre Entstehung in der Willenssphäre wie durch ihre im Formenkreis des physiologisch Möglichen liegende Symptomatik entgegengesetzt sind. Sie stellen sich in den reinen Fällen als durch Urteilsfehler hervorgerufene und durch Einübung gefestigte falsche Einstellungen des Willens (Motilitätsstörungen) und der Aufmerksamkeit (Sensibilitätsstörungen) bewußter Art dar. Differentialdiagnostisch fällt die dem Gesunden eine Zeitlang mögliche Nachahmbarkeit und die bei energischem Befehl oft vorübergehend mögliche Korrigierbarkeit ins Gewicht;

2b) als sekundär hysterische Gewöhnungen (hysterischer Gewohnheitsrest) endlich solche, wo eine ursprünglich echte hysterische Erkrankung durch das störende Eingreifen einer Willenskomponente in die glatte Ausheilung sekundär zur Gewöhnung wird. Also Fälle mit Verschwisterung von bewußtem Willen (nicht etwa unbewußten Hemmungsmechanismen) und nervöser Selbsttätigkeit, ähnlich wie bei den primären hysterischen Gewöhnungen, nur in umgekehrter Anordnung.

Im einzelnen rechnet Kretschmer — zur Veranschaulichung mag dies noch angeführt sein — zu den hysterischen Krankheiten u. a. die echten hysterischen Schütteltremoren, vor allem Spasmen und schlaffe Lähmungen. Innervationsentgleisungen und Tics schreibt er dagegen sehr verschiedenen Krankheitswert zu (wobei Übungsversuch bei den ersteren, Nachahmungsversuch und Vergleich zwischen rein somatischer Muskelerregung und begleitendem psychischen Ausdruck bei letzteren die Unterscheidung zwischen echter Krankheit und gewohnheitsmäßig fixierter falscher Willensrichtung resp. gewohnheitsmäßig hysterisch posierender Aufmachung ermögliche).

Zu den hysterischen Gewöhnungen rechnet er die abulischen Schwächezustände und die hypochondrischen Schutzstellungen in Form von Dysbasien (pseudoarthritischen, pseudoischiadischen, pseudotraumatischen usw.), die teils sich auf hypochondrische Einbildungen stützen, teils hysterische Gewohnheitsreste darstellen.

Zu den sekundären hysterischen Gewöhnungen zählt er insbesondere die vielen atypischen und inkonstanten veralteten Zitterformen. Den sensiblen hysterischen Störungen, hysterischen Schmerzen erkennt er einen selbständigen Krankheitswert nur insoweit zu, als sich an sie hysterisch-motorische oder psychotische Störungen heften. Als sensible Fixationen rechnet er sie zu den sekundären hysterischen Erkrankungen. Die diffusen Mißempfindungen der Hysterischen hält er nicht für hysterische Krankheiten — im Gegensatz zu den schweren Anästhesien —, sondern nur für gewohnheitsmäßig beachtete, belanglose habituelle Unlustgefühle.

Diese hysterischen Gewöhnungen entstehen vor allem aus Zweckhandlungen und Affektausdrucksbewegungen (Affektreflexen) gelegentlich auch aus rein biologischen, in der Willenssphäre gelegenen Reflexen, z. B. Husten. Sie kommen vor allem bei Lazaretthysterien, aber auch oft genug im Frontdienst vor. Am Entstehungsmechanismus ist wesentlich die Dissoziation der motorischen Komponente (z. B. der speziellen Zweckhandlung) von der sensiblen Ursache, die Verselbständigung der motorischen Fixation — die Emanzipation untergeordneter psychophysischer Mechanismen von dem bewußten Zweck oder Affekt, deren Ausdruck sie ursprünglich waren, eine Erscheinung, die echt hysterischen Charakter trägt.

Von den auf dem Grenzgebiet der hysterischen Anfälle liegenden Formen unterscheidet Kretschmer je nach dem Krankheitswert (der selbst wieder nach dem zugrunde liegenden Geisteszustand und der Tiefe der Bewußtseinstrübung bestimmt wird):

1. Anfälle der gemütsschwachen Debilen (ziemlich tiefe Bewußtseinstrübung, Symptomenarmut, Entstehung im Anschluß an ein Jugenderlebnis, jahrelanges Verharren): echte Krankheiten; ebenso

2. Anfälle der Erschöpften und affektiv Erschütterten (oft heftig und langdauernd mit psychischen Symptomen von traumhaften szenischen Erlebnissen, dämmerhaftem Handeln, jähen Affektstößen). Dagegen

3. Anfälle der Infantilen: Reaktionen auf ganz einfache Anlässe, leicht auslösbar und disziplinarisch beeinflußbar, mit geringer Bewußtseinstrübung: schlechte Gewohnheiten auf hysterischer Grundlage; und schließlich:

4. Anfälle der Degenerierten, und zwar:

a) im Zusammenhang mit schweren Affektentladungen stehende und unter Bewußtseinstrübungen einhergehende: selbständige Krankheiten;

b) motorische und psychische Anfälle der moralisch Minderwertigen mit erheblichem Anteil von Willensvorgängen — teils bewußter Berechnung, teils hysterischer Gewöhnung.

Beim Gesundheitswillen, den Kretschmer — m. E. zu allgemein gefaßt — als die innerliche persönliche Stellung des Hysterischen zu seiner Krankheit definiert, unterscheidet er auch noch verschiedene Grade:

1. guter und aktiver Gesundheitswille (Wunsch und willenskräftige Zustrebung zur Genesung);

2. — viel häufiger — guter, aber fahrlässiger Gesundheitswille (Genesungswunsch ohne instinktiv-aktives Zustreben);

3. diagnostisch wichtig — fahrlässiger, schlechter Gesundheitswille (einfaches Gewährenlassen der Krankheit);

4. aktiv schlechter Gesundheitswille (bewußter Widerstand gegen die Genesung evtl. mit Vortäuschungsversuchen).

Auch diagnostische Merkmale für die einzelnen Typen sucht Kretschmer aufzustellen. So für den schlechten: schwatzhaftes Vorbeihören, mürrische Unfreiheit und motivlose Empfindlichkeit; für den aktiv schlechten: Unterlassungen und Auflehnungen bei der Behandlung; für hysterische Gewöhnungen mit schlechtem Gesundheitswillen: mangelhafte Willens- und Gewissensechtheit bei der Behandlung neben Unheilbarkeit usw. usw.

Differentialdiagnostisch erklärt Kretschmer die Fragestellung: Hysterie oder Simulation? wegen der Seltenheit von Vortäuschung ohne Hysterie für verfehlt. Auch die Frage: Wie weit täuscht der Hysterische Symptome vor? hält er unter praktischen Gesichtspunkten nicht für richtig, sondern vielmehr die: Wie weit ist er für seine Symptome mit seinem Willen haftbar? Für Störungen, die wie die hysterischen Gewöhnungen stets bei gutem Willen heilbar seien, sei der Patient verantwortlich. Die Fälle seien daher behandlungs-, aber nicht rentenbedürftig. — Nun, abgesehen von den Schwierigkeiten, die sich im Einzelfall der Feststellung des Grades der Haftbarkeit mit seinem Willen für die Krankheit entgegenstellen, wäre es nicht auszudenken, wenn der unglückliche Gesichtspunkt

der freien Willensbestimmung nun auch noch über das Strafverfahren hinaus ins Rentenverfahren übernommen würde.

Im übrigen soll dieser Versuch, durch begriffliche und klinische Zerlegungen Klarheit und Ordnung in dieses fließende Grenzgebiet zu bringen, bei dessen Beurteilung allerlei Gefühlsmomente, moralische Wertungen, subjektive Willkürlichkeiten u. dgl. vorläufig noch stark mitzusprechen pflegen, nicht unterschätzt werden. Freilich erscheint es mehr als zweifelhaft, ob alle die angeführten Abstufungen des Krankheitswertes und Gesundheitswillens, ob die auf ihnen aufgebauten hysterischen Spielarten sowie die angeführten spezifischen Merkmale dieser Erscheinungen, denen doch wohl etwas stark Schematisches anhaftet, sich auch in der Praxis gegenüber den Kompliziertheiten und den flüssigen Übergängen der konkreten Fälle ausreichend bewähren.

Die engen Beziehungen zwischen Simulation und Hysterie kommen auch in Mölis oben wiedergegebener psychologischer Analyse der „Flucht in die Krankheit" zum Ausdruck. Möli betont als übereinstimmende Eigenheiten zwischen beiden das Entstehen affektiver Spannung unter äußeren Vorgängen und das Streben nach Ausgleich (bei der Simulation bewußt als Wunsch, bei der Hysterie unterbewußt als Drang). Als verwandtschaftliche Momente hebt er den Charakter der simulierten Krankheiten als Suggestionsmittel und der hysterischen Störungen als autosuggestiv bedingte Phänomene hervor. Der Gegensatz zwischen beiden liege in der Bewußtheit der Erscheinungen, der allerdings nur in den ausgesprochenen Fällen hervortrete. Die hysterische Störung bleibe, verglichen mit den beherrschten Willenshandlungen des Simulanten, in den Fesseln des Unterbewußten. Den Vorgang der Automatisierung in diesen Übergangsfällen zwischen Simulation und Hysterie stellt Möli unter dem Bilde der Entgleisung eines mehr oder weniger bewußten Täuschungsgedankens oder Einfalls (nicht etwa Plans), der Abirrung aus der durch die regelrechten Beziehungen in der Bewußtheit gegebenen Bahn auf ein Gebiet mit nicht mehr durchgängig normal gearteter Bewußtheitslage dar. Die Höhe der Bewußtheit bei den Ausgleichsvorgängen ist nach Möli von der beim Entstehen der affektiven Erregung auseinander zu halten. Wesentliche Einschränkung derselben hebt jedenfalls reine Simulation auf.

In diesem Zusammenhang darf vielleicht auf gewisse speziell an forensischem Material gewonnene Erfahrungen hingewiesen werden, wie sich im einzelnen der Übergang vom Simulationsversuch ins echt Pathologisch-Hysterische vollzieht. An anderer Stelle[1]) habe ich ausführlich dargestellt und nachzuweisen versucht, wie speziell bei Untersuchungsgefangenen der anfänglich bewußte und wohl auch gewollte Simulationsversuch bald auf autosuggestivem Wege unterbewußt und pathologisch wird und dann als echter Krankheitsvorgang, als sozusagen „psycho-

[1]) Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden. Vortrag in der Berliner gerichtsärztlichen Vereinigung. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1909. Nr. 3.

gene Simulationspsychose“ von Wunsch und Willen unabhängig und rein automatisch weiter verläuft.

Nach den obigen Darstellungen scheint die nach dem gleichen Mechanismus verlaufende Hysterifizierung des Simulationsversuchs auch bei den Kriegsfällen ziemlich die Regel, die echte Simulation, d. h. die von Anfang bis zu Ende gewollte und zielbewußte Vortäuschung körperlicher Störungen, die Ausnahme zu sein.

Forster schätzt den pathologischen Anteil an der hysterischen Reaktion erheblich geringer, den simulatorischen entsprechend höher ein. Er erklärt offen, daß er die seinerzeit von Oppenheim anderen Autoren vorgeworfene Anschauung, die hysterische Reaktion sei eine zweckbewußte großgezüchtete Pseudokrankheit, im Prinzip für richtig halte, insofern solche Individuen eine an sich angeborene Reaktion bewußt nicht nur nicht unterdrücken (sich gehen lassen), sondern sich obendrein bewußt bemühen, das Sichgehenlassen für sich möglichst vorteilhaft zu gestalten. Die hysterische Reaktion hält Forster demgemäß überhaupt nicht für eine im Prinzip krankhafte, vielmehr neige jeder Mensch zunächst mehr oder weniger zu dieser hysterischen Reaktion, die von der Umgebung als körperliches Leiden resp. Krankheit zwecks Erwirkung erwünschter Vorteile aufgefaßt werden solle. Eine besondere — speziell degenerativ psychopathische — Veranlagung läßt auch er allerdings als besonders günstige Grundlage für die Entwicklung dieser Reaktion gelten, wobei er im einzelnen das Schwergewicht auf die Neigung zur Überschätzung der eigenen Persönlichkeit, auf eine körperliche Eignung, nötige muskuläre Gewandtheit, auf starke vasomotorische Erregbarkeit und außerdem auf eine gewisse Energie legt. Diese sozusagen physiologische Bewertung der hysterischen Reaktion führt denn auch Forster zu dem Schlusse, daß sie als ein Erziehungsprodukt in gewissem Sinne für die Diagnose nebensächlich und nicht anders einzuschätzen sei, wie etwa die Tatsache vorhandener oder fehlender Wohlerzogenheit überhaupt.

Es will mir doch scheinen, als ob in den Forsterschen Darlegungen bei aller Berechtigung vieler Einzelheiten das pathologische Moment, das nun einmal doch an diesen hysterischen Reaktionen beteiligt ist und insbesondere als Sekundärerscheinung zur Geltung kommt, im Grunde zu kurz kommt, selbst wenn man den Hinweis auf die in den ausgesprochenen Fällen vorhandene pathologische Grundlage nicht unterschätzt. Bezeichnend erscheint mir schon die reichlich weite Fassung, die Forster dem Begriff der hysterischen Reaktion gibt, derart, daß er auch die nachträgliche falsche, also lügenhafte Entschuldigung irgendeines Versehens mit körperlichen Störungen als hysterische Reaktionsweise hinstellt. Vor allem aber betont er gar zu stark jenen Initialbestandteil der hysterischen Reaktion, wo die halbwegs als physiologisch einzuschätzende simulatorische Tendenz im Anschluß an unlustbetonte Einflüsse auf Äußerungen vom Anschein der Krankheit hinarbeitet, und läßt umgekehrt den sich unmittelbar daran anschließenden echt hysterischen und durchaus pathologischen Vorgang der vom Willen unabhängigen Automatisierung des gewollt in die Wege Geleiteten stark zurücktreten. Mögen nun aber auch die Voraussetzungen

für die Entstehung der hysterischen Reaktion (etwa des Dämmerzustandes) unter Mitwirkung von Willenseinflüssen zustande kommen, und mag der Vorgang der Entwicklung des hysterischen Zustandes (also die Versenkung in den Dämmerzustand) auch normalpsychologisch faßbar sein, so ist und bleibt doch das Ergebnis selbst, d. h. also die hysterische Gesamtreaktion, ein einwandfrei pathologisches.

Den Forsterschen ähnliche Anschauungen findet man auch sonst zur Genüge vor, z. T. übrigens mit der gleichen Offenheit ausgesprochen. Lewandowsky nennt die eigentliche Rentenkampfneurose glattweg die der bewußten Simulation nahestehende Form der Kriegsneurose. Er spricht von der Furcht vor dem Militärdienst, dem Wunsch, damit nicht mehr in Berührung zu kommen, dem schlechten Willen der Leute usw. und unterstreicht die Art, wie er es aufgefaßt wissen will, durch den jedesmaligen zweideutigen Zusatz: „ich nehme an: unbewußt" Zu allem Überfluß weist er noch auf die Verbindung vom Unbewußten zum Bewußten, von der Verdeutlichung nicht nur des Wunsches, sondern auch seiner Mittel, sich der Krankheit zu entziehen, bis zur bewußten Simulation hin. Er verwertet weiter die Tatsache einer besonderen Sitzung der Pariser neurologischen Gesellschaft zur Erörterung der Frage des Nachweises von Übertreibung und Simulation zur Bestätigung der Häufigkeit ihres Vorkommens, betont ihre besondere Häufigkeit in der Heimat und meint, der Ausdruck Simulation sei in Deutschland bisher gar zu gefürchtet. von Wagner spricht sich wenigstens dahin aus, daß die Zweckvorstellungen vielfach durchaus nicht ganz ins Unterbewußtsein gesunken sind (wofür er auch charakteristische Belege bringt) und erklärt für die angebliche Aggravation bei psychogenen Störungen: Wenn die Aggravation ganz aufgehört habe, sei in der Regel auch die Krankheit weg.

Bumke spricht die Bezeichnung Kriegshysterie für gewisse Fälle als einen schönen Namen für etwas sehr Unerfreuliches an und nennt die Hypnose eine goldene Brücke, die ein Teil der Kriegshysteriker zur willkürlichen Aufgabe der Symptome benutze. Singer erklärt fast alle hysterischen Taubstummheiten für simuliert, und Liebermeister erkennt die hysterische Taubstummheit wenigstens als hart an der Grenze der Simulation stehend an. Er berichtet im übrigen von zwei Fällen reiner Simulation („Bluter") und hebt die fast regelmäßige Zugehörigkeit krankhafter Simulation und Kumulation zur Kriegshysterie hervor. Kehrer spricht von Simulationshysterie oder Hysteriesimulation in ihren verschiedenen Modifikationen sowie von Pseudosymptomen und gibt ehrlicherweise zu, daß bei der Masse der Kriegsneurotiker ein erheblicher Prozentsatz von schlechtem Willen bzw. Mangel an Willen zur Symptomenüberwindung in Rechnung zu setzen sei. Jolowicz betont ziemlich stark die Aggravationstendenz für das Feldheer auf Grund von Erfahrungen auf der chirurgischen Station des Feldlazaretts, während er reine Simulation überhaupt nicht sah. Henneberg hält die Aggravation für in der Regel völlig zielbewußt und schreibt speziell den hysterischen Pseudodementen meist zielbewußte Aggravation zu. Es wäre gewiß verdienstvoll, wenn er auch eindeutige Richtlinien für den objektiven Nachweis des zielbewußten Aggra-

vationsanteils an der hysterischen Pseudodemenz gäbe. Reine Simulation sah Henneberg gleichfalls selten (bei leicht debilen Jugendlichen Fieber, Blutspucken, Blinddarmschmerzen, sodann einen Tobsuchtsanfall im Arrest). Als häufiger erklärt er das zielbewußte Festhalten dem Wesen nach vorübergehender Störungen. Die zur Beobachtung auf Simulation Überwiesenen waren durchweg unwillige aggravierende Hysteriker. Hirschfeld sah unter einem großen Kriegshysterikermaterial nur einige wenige Simulanten. Die größere Zahl solcher Fälle auf inneren Stationen heben Peritz und Möller hervor.

Zu erwähnen ist dann hier noch der Hinweis Auerbachs auf die Zunahme der Simulation von Schwerhörigkeit und der Habermanns auf die zunehmende Häufigkeit artifizieller Hauterkrankungen bei Soldatenhysterie sowie Picks Angabe über das nicht seltene Vorkommen von Simulation von Geschlechtsleiden (nicht weniger als 5—7% aller zur Beobachtung Gelangenden). Hauptkontingent stellten dabei übrigens die auch sonst an der Simulation stark beteiligten Volksstämme aus dem Osten der österreichischen Monarchie. Dem schließt sich in gewissem Sinne wohl auch die von Wagnersche Beobachtung der Häufigkeit der psychogenen Störungen bei fremdsprachigen Soldaten (Tschechen, insbesondere Polen und Ruthenen) und ihrer Hartnäckigkeit bei Italienern und Rumänen an.

Schließlich läßt sich in diesem Zusammenhange wohl auch noch der Hinweis von Gaupp auf die Zunahme der moralisch minderwertigen Soldaten in der Klinik anführen sowie der von Bonhöffer auf die zunehmende Häufigkeit der Pseudodemenz bei Individuen, bei denen von vornherein mit ethischem Defekt zu rechnen sei.

Alles in allem hat die bereits im vorigen Bericht angedeutete Tendenz zur Hervorhebung der simulatorischen Strebungen im allgemeinen und des großen Anteils des bewußten Vortäuschungswillens bei den Kriegshysterien im speziellen nunmehr sich weitgehend durchgesetzt. Und was Oppenheim bei der ersten Diskussion über die kriegsneurotischen Störungen seinen Gegnern als ihre Auffassung von der Hysterie vorhielt, ist, wenn es früher noch nicht der Fall war, jetzt wohl in ziemlich weitem Umfange Tatsache geworden.

Im übrigen wird man nicht eben behaupten können, daß die vielfachen Erörterungen über die Simulation, die der Krieg wieder in Fluß gebracht hat, uns methodologisch oder klinisch über im wesentlichen Feststehendes hinausgeführt haben. Auch in der umfangreichen Diskussion der Berliner psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft (Henneberg, Möli, Oppenheim, Leppmann, Bonhöffer, Liepmann, Hirschfeld) hoben sich im wesentlichen anerkannte Momente heraus: häufiges Vorkommen von Aggravation, Seltenheit reiner Simulation, Übergang vom Simulationsversuch zum hysterischen Zustand, Fehlen einwandfreier Simulationsmerkmale und -nachweismittel, unzulängliche Beweiskraft vermeintlicher Simulationsnachweise.

Von den einzelnen Einwendungen gegen Wunsch-, Begehrungs- und Vortäuschungseinflüsse bei den Kriegsneurosen seien zunächst die Oppen-

heimschen Erfahrungen herangezogen, daß die groben massiven Symptome der Kriegshysterie nicht bei denen zu finden seien, die vor der Ausmusterung stehen und mit Hilfe ärztlichen Attestes sich dem Kriegsdienst entziehen wollten.

Der Einwand Schüllers, daß bei der erfolgreichen. völlig schmerzlosen Wachsuggestion keinerlei Zweckmäßigkeitsgrund für die augenblickliche Aufgabe der zweckneurotischen Symptome vorliege, erscheint ebenso wie ein ähnlicher Liepmanns beachtenswert, wenn auch nicht voll durchschlagend. Die von Hübner herangezogene Parallele mit dem Angsttraum dagegen, wo es ohne Begehrungsvorstellungen zum Versagen der Stimme komme, kann ich nicht als stichhaltig anerkennen. von Wagner hält das Begehrungsmoment, in dem üblichen Sinne wenigstens, insofern nicht für voll zutreffend, als er auch andere Ziele, z. B. Befriedigung der Selbstachtung, als wirksames Movens gelten läßt. Jendrassik führt einen Fall von Taubstummheit an, der trotz Invaliditätserklärung und Entlassung vom Militär unvermindert anhielt, nach einem Jahre selbst zwecks Behandlung sich aufnehmen ließ, auf Heilung drang und nach erfolgter Heilung zwecks Reaktivierung zum Militärkommando eilte.

Die Therapie der Kriegsneurosen tritt z. Z. entsprechend den aktuellen praktischen Anforderungen durchaus beherrschend in den Vordergrund der Publikationen. Eine Beschränkung in der Wiedergabe ist dabei unerläßlich und um so berechtigter, als das Interesse dieses Berichtes an den therapeutischen Maßnahmen und Erfolgen nur so weit geht, als sie die Einsicht in Entstehungsweise und Wesen dieser Störungen erweitern und vertiefen. Prinzipiell Neues ist in dieser Hinsicht durch die herangezogenen weiteren Methoden und Hilfsmittel, die im einzelnen mannigfach modifiziert und ausgebaut worden sind, nicht hinzugekommen, wenn auch die Einzeleingriffe und ihre Ergebnisse nach wie vor manchen bemerkenswerten Hinweis auf die Psychologie dieser Kriegsneurosen geben.

Selbstverständlich ist und bleibt dabei die psychische, speziell suggestive Beeinflussung der wenn auch vielfach eingekleidete Kern der therapeutischen Maßnahmen. Einen trefflichen Überblick über die von ihm ausgestaltete und ausgeübte psychotherapeutische Tätigkeit und deren Erfolge sowie die sonstigen Erfahrungen am Kriegsneurosenmaterial seines Lazaretts gibt Liebermeister. Gute Bemerkungen finden sich bei Kehrer. Möli weist in prinzipieller Hinsicht auf die therapeutische Bedeutung der zielmäßigen Einfügung des abschließenden Eingriffs in die psychischen Abläufe hin.

Bemerkenswert ist bezüglich der Einzelmethoden vor allem die stärkere Betonung der milden Behandlungsweisen resp. die Milderung der aktiven und agressiven. Für milde Wachsuggestivbehandlung tritt vor allem Oehmen ein, der an 100% hysterische Störungen (Reflexlähmungen aber nicht!) durch sie beseitigte. Ähnlich Schüller, der 99%, auch die ältesten und verschlepptesten Fälle, rasch, einfach und sicher innerhalb weniger Minuten heilte. Desgleichen auch Beyer. Ollendorf verwendet eine ähnliche Behandlung mit anschließenden planmäßigen Bewegungsübungen, und auch Mann betont den Wert dieser milden Suggestivbehandlung.

Von diesen milden Einzelsuggestiveinwirkungen ist dann schließlich nur noch ein Schritt zu den allgemeinen suggestiven Milieueinflüssen, wie denn auch Hirschfeld neben suggestiv wirkenden Demonstrationen besonderen Wert auf die Heilatmosphäre legt, die nach Kehrer den Charakter „gereinigter Kasernenluft und Lourdesstimmung“ haben muß. Kehrer empfiehlt als milde Behandlung die Kombination von Hypnose mit gelinder Gewaltexerzierkur, Kretschmer Dunkelzimmerbehandlung mit gelegentlichen suggestiven Bemerkungen. Kaufmann legt bei seiner Intensivbehandlung jetzt das Schwergewicht auf die militärische Willensüberwältigung durch kommandierte Übungen, und Nonne hat die Kaufmannsche Methode umgewandelt zu einer Persuasionsmethode mit Zuhilfenahme kurzdauernder elektrischer Reize (über 80% Heilungen). Forster legt entsprechend seiner Auffassung von dem simulatorischen Charakter der hysterischen Reaktionen den Hauptwert auf die erzieherische Beeinflussung durch Aufklärung über die schlechte Angewohnheit und energische Mahnung, die Täuschungsversuche zu unterlassen.

Daß therapeutische Starkströme, insbesondere Sinusströme, wegen ihres eventuell tödlichen Einflusses auf das Herz (Boruttau, Lewandowsky, Gildemeister u. a.) prinzipiell jetzt abgelehnt werden, sei in diesem Zusammenhange schließlich auch noch erwähnt.

Auf die verschiedenen suggestiven Hilfsmittel der einzelnen Autoren bei den verschiedenen psychogenen Störungen (galvanische Licht- und Hörphänomene bei Hör- und Sehstörungen, Hirschfeld; Erzeugung von Schmerzgegenvorstellungen durch den Induktionsstrom bei Zitterern, Oppenheim; Streichen mit der faradischen Hand bei gewissen Krampf- und Lähmungszuständen, Kehrer; Verwirrung der Fixierung durch suggestive Beeinflussung der fixierten Symptome, Liebermeister u. v. a.) kann erschöpfend nicht eingegangen werden. Nur etwas außerhalb dieser Maßnahmen Liegendes: Bettmanns „psychogene Stumpfgymnastik“, d. h. die einfache Einübung des Stumpfes unter Zuhilfenahme der betreffenden Glied- und Bewegungsvorstellungen, soll noch genannt werden zum Zeichen dessen, was heutzutage alles als psychogen zu gelten hat. Schließlich wird man auch noch den Schulunterricht im Schreiben und Lesen als psychogenen Vorgang kennzeichnen. Und schließlich mag zum Beweis für die weitgehende psychologische Durchdringung der gesamten Kriegstherapie noch Erwähnung finden, daß Neutra bei Verstümmelten eine psychologisch individuelle Prothese, eine „harmonische Eingliederung der Prothese in den schon bestehenden seelisch-körperlichen Mechanismus“ unter Hinweis auf den seelischen Niederschlag aus dem körperlichen fordert.

Das bemerkenswerteste Resultat der Kriegsneurosentherapie sind jedenfalls die weitgehenden, teilweise ganz hervorragenden Heilergebnisse bei den verschiedenen Spezialmethoden, und es scheint mir gegen den praktischen Wert dieser „Heilungen“ nicht gar zu erheblich ins Gewicht zu fallen, daß — Oppenheim, auch Schuster — im Hinblick auf die Rückfälle und die leichte Neuerweckbarkeit der Störungen die Fälle nicht als uneingeschränkt genesen anerkannt werden können. Auf die mit der sug-

gestiven Beseitigung der groben Einzelstörungen vielfach parallel gehende Besserung des psychischen Allgemeinzustandes und des gesamtpsychischen Verhaltens (Schröder, Lewandowsky, auch Bumke u. a.) sei noch ausdrücklich hingewiesen, einmal zum Beweis dafür, wie sehr das gesamte psychische Leben bei diesen Störungen affiziert ist, zum anderen, daß auch die psychisch-nervösen Allgemeinveränderungen als psychogene zu gelten haben.

Alle diese Ergebnisse machen es verständlich, daß nunmehr prinzipiell hohe Anforderungen bezüglich der zu erreichenden Ziele in der Kriegsneurosentherapie gestellt werden. Lewandowsky, der noch einmal eindrucksvoll die allgemeinen Grundlagen, die mit dem psychogenen Moment zusammenhängenden Punkte, zusammenstellt, betont, daß der einzelne geheilt werden muß. Er verlangt bei einem unter leidlich günstigen Verhältnissen arbeitenden Heimatslazarett, daß etwa 80% arbeitsfähig entlassen werden. Für die 20% Ungeheilten mit ihrer festeren Verankerung der Heimats- und Rentenbeibehaltungswünsche empfiehlt er zwecks gewaltsamer Lösung dieser Verankerungen Behandlung in besonderen Neurosenlazaretten des besetzten Gebiets. Alles in allem fordert er die planmäßige Ausspannung eines Netzes, aus dessen Maschen sich kein Neurotiker, der nicht symptomenfrei ist, in den Frieden hindurchretten kann.

Der großzügigste Versuch zu einer solchen systematisch einheitlichen und umfassenden Behandlung der Kriegsneurotiker ist wohl im Bereich des XIV. Armeekorps zur Durchführung gelangt. Wilmanns hat kürzlich diese vorbildliche badische Organisation und ihre trefflichen Erfolge bei der Behandlung und Wiederertüchtigung der funktionell neurotischen Kriegsbeschädigten in einem Bericht für den badischen Landesausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge im einzelnen dargelegt. Man darf wohl hinzufügen, daß diesem Autor, der schon verhältnismäßig früh zwecks Verhütung, Behandlung und Heilung dieser Störungen für weitere Nervenlazarette hinter der Front, für Beobachtungs- und Behandlungsabteilungen im Heimatsgebiet und die Wiedereinziehung und Nachbehandlung der hysterischen Rentenempfänger eingetreten ist, daß diesem Autor wohl ein gut Teil Verdienst an diesem therapeutisch-prophylaktischen Bau zukommt.

Daß übrigens nach Quensel sich weder die Behandlungsmethoden auf die Unfallverletzten übertragen, noch ganz die gleichen Resultate bei ihnen erwarten lassen, da die Verhältnisse in beiden Fällen doch sehr verschieden lägen, sei gegenüber naheliegenden Erwartungen und hochgespannten Hoffnungen auf die Verringerung oder gar Beseitigung der Friedensunfallneurosen erwähnt.

Die Erfahrungen mit den Freudschen und ihr nahestehenden psychotherapeutischen Methoden sollen auch diesmal nicht übergangen werden. Nach Isserlin traten beim Abreagieren in der Hypnose nach Breuer-Freud und Frank Kriegskomplexe zutage, die dem Oberbewußtsein nicht fremd waren. Ein besonderer Einfluß auf den Ablauf der Kriegsneurose war aber nicht erkennbar. Wesentlich höher schätzt Sauer Bedeutung und Erfolge dieser Methoden bei Kriegsneurotikern ein. Er wandte das Franksche kathartische Verfahren im Halbschlaf — übrigens auch im

Feldlazarett zur Beseitigung der im Laufe von Monaten oder Jahren bewußt oder unbewußt aufgespeicherten Affektmassen an und erreichte über die sonst üblichen Behandlungserfolge hinaus eine erhebliche Stärkung der Widerstandskraft, eine erhöhte innerliche Gesundung und Festigung, so daß die Behandelten bedenkenlos als felddienstfähig entlassen werden konnten. Gegenüber Sauers Hinweis auf die Notwendigkeit der Katharsis, des nachträglichen affektvollen Abreagierens für solche Fälle, bei welchen, wie bei der modernen Artilleriebeschießung, eine Abreaktion des Affekts ausgeschlossen erscheint, kann man eigentlich nicht ganz verstehen, wie andere Methoden, die dies nicht leisten, dennoch die gleichen Heilerfolge erzielen, es sei denn, daß die von Sauer zugestandene im Laufe der Zeit erfolgende Lockerung der Assoziation zwischen Affekt und Symptom schließlich diese Abreaktion überflüssig macht. Überhaupt scheint mir der ziemlich gleichwertige Erfolg der verschiedenen Heilmethoden bei den gleichen Störungen darauf hinzuweisen, daß man nur mit Vorsicht die Wirkungen der oder jener Therapie zum Beweise für oder gegen das Vorliegen bestimmter psychischer Faktoren ins Feld führen darf und daß also die Heilungen vermittels Zwangsmethoden noch nicht unbedingt für Beteiligung von schlechtem Willen, milde Methoden für Gutwilligkeit, Drohmethoden für Simulationstendenzen beweiskräftig sind. Immer wieder ist es möglich, den einseitigen Rückschluß von der einen Methode her durch den Hinweis auf die gleichen Ergebnisse der entgegengesetzten ziemlich prompt zu widerlegen.

Zu guter Letzt mag noch Rothes Verwertung der stoischen Philosophie als Mittel zur psychischen Beeinflussung der Kriegsstotterer zum Beweis dafür dienen, wie auch philosophische Studien, Weltanschauung und Seelendiätetik mit in die methodische Behandlung der Kriegsneurotiker hineingebracht werden. —

Die Kasuistik der psychogen-neurotischen Störungen verlangt allmählich systematisches Weiterschreiten von der bloßen äußerlichen Beschreibung der einzelnen Fälle zu erschöpfender Erfassung ihres Gesamtaufbaues aus bestimmten Teilkomponenten. Fruchtbare Arbeit in dieser Hinsicht hat Kehrer geleistet, der eine Teilgruppe — die psychogenen Störungen des Auges und Gehörs — herausgriff. Er macht an ihnen den Versuch, in kritischer physiologisch-psychologischer Analyse die eindeutige Determinierung der einzelnen Krankheitsbilder aus kausalen und verständlichen Zusammenhängen mit, sei es psychischer Überwertigkeit, sei es dynamischer Minderwertigkeit des psychogen betroffenen Körperteils, aufzudecken und die komplizierten Verknüpfungen mit gewissen Folgeerscheinungen im Seelischen und Körperlichen unter Herausarbeitung der besonderen aus Bau und Funktion der Organe sich ergebenden charakteristischen Spezialphänomene klarzulegen.

Seine Bearbeitung der psychogenen Augenbewegungsstörungen ergab zunächst das Fehlen solcher Lähmungen, deren Vorkommen Kehrer aus theoretischen wie praktischen Erfahrungen heraus überhaupt bestreitet und aus einer primären Vortäuschung durch Entgleisungen von krampfartigen Innervationen in den oder die betreffenden Antagonisten erklärt. Fast niemals fehlte ein ursächlicher oder zeitlicher Zusammen-

hang der funktionellen Augenbewegungsstörungen mit irgendwie anatomisch begründeten optischen Störungen (so in einem Falle Fixierung eines seit Kindheit episodisch bzw. periodisch auftretenden Schielens, einer offenbar aus Spieltrieb erworbenen psychomotorischen Fertigkeit). Für die besondere Gestaltung der Blickstörung zieht Kehrer individuelle Differenzierungen der Bewegungsformel der konjugierten Augenmuskeln oder eine abnorme Dissoziationsfähigkeit der Muskulatur (Lewandowsky) heran, Erscheinungen, die er z. T. als dynamische Degenerationszeichen bzw. lokalisierte Symptomendispositionen anspricht. Aus ihnen entstehe häufig das hysterische Symptom einfach durch Vertiefung und Fixierung der abnormen bzw. übernormalen psychomotorischen Fertigkeit, und zwar aus ganz verschiedenen psychogenen Motiven. Simulation spiele bei diesen Augenbewegungsstörungen eine verschwindende Rolle. Für die Lidmuskulatur gelten die gleichen Regeln, doch komme hier komplizierend die individuelle Tiefenwirkung der willkürlichen Innervation auf die sympathischen Muskelelemente hinzu. Echte hysterische Ptosis komme sicher vor. Im übrigen gebe der psychotherapeutische Erfolg das beste Diagnosticum bei den komplizierten Bewegungsstörungen der äußeren und noch mehr der inneren Augenmuskeln.

Bei den psychogenen Sehstörungen ließ sich zunächst gleichfalls irgendeine Organbegründetheit nachweisen, die psychogen ausgewertet oder in den Dienst hysterischer Motive gestellt wurde. Als besonders bemerkenswert hebt Kehrer die prozentual exakte psychogene „Abrundung nach oben" (die Aufpfropfung auf alte organische Sehstörung) heraus, die bei erheblichen anatomischen Differenzen zwischen rechtem und linkem Auge Platz gegriffen hatte und vermutlich wenigstens bei den chronischen Formen psychogener Schwachsichtigkeit oder Blindheit die Regel sei, eine über die Friedenserfahrungen, nach denen die Fälle mit chronischer hysterischer Amaurose sich schließlich doch auf corticale oder transcorticale Läsionen der Sehsphäre zurückführen ließen, hinausweisende Feststellung.

Psychologisch teilt Kehrer die psychogenen Sehausfälle ein in solche mit hochgradiger Bewußtseinsenge durch Überspannung der Aufmerksamkeit fürs zentrale oder für bestimmte Teile des peripheren Gesichtsfeldes und solche mit Unterdrückung aller oder einzelner optischer Reaktionen. Die primären Sehausfälle trennt er von den durch psychogene Abwandlungen der Augeneinstellungsvorgänge bedingten. Die Idee des Schlecht- resp. Nicht-sehen-Könnens sei das beherrschende, wenn auch nicht allein ausschlaggebende Moment. Die konzentrische Gesichtsfeldeinengung bilde noch immer die hysterische Prädilektionsstörung. Die jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalles ließen sich im übrigen aus der besonderen Eigenart erklären, wie das körperliche nach den Gesetzen der physiologischen Optik mit dem seelischen entsprechend der Psychologie der Wahrnehmung ineinander greife.

Bezüglich der psychogenen Hörstörungen betont Kehrer zunächst, daß die traumatische Mehrbelastung des Gehörs im Kriege nicht allein ausschlaggebend für deren Überwiegen gegenüber den Sehstörungen sei. Zum Teil träten sogar die reinen Explosions- und Erschütterungs-

taubheiten an Zahl gegenüber den Pfropfschwerhörigkeiten zurück. Besonders bemerkenswert sei die in schroffem Gegensatz zu den Erfahrungen bei den psychogenen Sehstörungen stehende überraschende Häufigkeit von Abweichungen des Seelenzustandes bei funktionell Schwerhörigen und Ertaubten. Die tiefere Ursache für diese, für die Beurteilung des Mechanismus dieser Störungen ausschlaggebende Erscheinung liege wohl in der besonderen Bedeutung des Gehörs als dem Hauptverkehrssinn für das Seelenleben. Besonders häufig finde sich ein inniger meist auch durch den psychotherapeutischen Erfolg zu erweisender Zusammenhang mit leichten Stuporzuständen verschiedenster Färbung. Es handelte sich dabei vor allem um Fälle isolierter psychogener Pfropfschwerhörigkeiten mit psychogener Anreicherung auf alte organische Schwerhörigkeiten, bei denen z. T. schon vor der militärischen Einstellung durch apperzeptiven Mindergebrauch des Gehörs die Hörfähigkeit nicht dem organischen Zustand entsprechend ausgenutzt wurde. Besonders schwachsinnige Individuen aus dem Bauernstande dieser Art zeigten reaktiv nach Einwirkungen akustischer Überreize oder situativ unter den dem Heeresdienst eigentümlichen Verhältnissen im Rahmen ihrer leichten Stuporzustände im monosymptomatischen Auftreten solche psychogene nicht hysterische Verschlechterungen ihrer Hörfähigkeit. Sie ließen sich nach ihrer psychologischen Struktur als affektive Absperrungstaubheit (Verdrängung der Hörfähigkeit) und apperzeptive Untererregbarkeitsschwerhörigkeit zerlegen. Neben dem Affekt des Mißtrauens spielten hypochondrische Komplexe als Dauermotive eine Rolle. Im engeren Sinne hysterische Schwerhörigkeiten traten an Zahl zurück. Die Vorstellung des Nicht-hören-Könnens machte sich als ideogene Absperrungstaubheit in der psychischen Infektion eines Ohrs durch das organisch kranke andere oder als Eigennachahmung ausgeglichener früherer organischer Hörstörungen geltend. Daneben kam auch bewußt willkürliche Nachahmung früher organisch, dann hysterisch bedingter Hörausfälle, Simulationshysterie zur Beobachtung (mit eigenartiger psychischer Kurve bei der Psychotherapie gegenüber der hysterischen). Auch in einem Falle reiner Simulation handelte es sich um den Rekurs auf eine ursprüngliche organische Schwerhörigkeit nach Verschüttung.

Die reinen Explosions- und Erschütterungstaub- und -taubstummheiten endlich bei bis dahin Ohrgesunden ohne Verletzung des Gehörapparates befielen erfahrungsgemäß regelmäßig psychasthenisch oder hysterisch Veranlagte, daher auch hier umgekehrt wie bei den Pfropfschwerhörigkeiten wohl niemals Bauern, dafür aber mehr Gebildete und Halbgebildete vertreten waren. Die Explosionsstörungen waren auf eigenartige abnorme Seelenzustände mit Attonität oder vorübergehender Aufhebung aller höheren seelischen Funktionen durch den überwältigenden Eindruck zurückzuführen, wobei nur eben das auffälligste Außensymptom die Taubstummheit fixiert wurde. So ließ sich also in allen Fällen psychogener Hörausfälle entweder eine körperliche Grundlage oder eine abnorme seelische Anlage oder beides nebeneinander nachweisen.

Die Einzelkasuistik tritt naturgemäß gegenüber solchen systematischen

Zerlegungen von Gruppenmaterial an Bedeutung zurück. Bei dem nun nachgerade unerschöpflichen Polymorphismus der psychogenen Störungen fällt zudem die Auswahl nach wissenschaftlichem Wert immer schwerer.

Kehrer stellt eine Gruppe von funktionellen Nystagmusfällen zusammen, und zwar: 1. solche als Teilerscheinung einer allgemeinen oder spezifischen Neigung zu Zittererscheinungen, welche sich dann auch auf die Blickmuskulatur erstrecke, wenn an irgendwelchen Teilen des Sehapparates, vor allem an den übrigen Augenmuskeln eine latente oder deutliche Invalidität schon bestehe; sodann 2. als Begleit- oder Folgeerscheinung mehr oder weniger isoliert auf die äußeren Augenmuskeln beschränkter funktionell spastischer Zustände. Neben dem hysterischen Typ erkennt Kehrer auch einen asthenischen infolge nervöser Erschöpfung an. Gegenüber dem funktionellen Nystagmus traten die übrigen Hypermotilitätserscheinungen der Blickmuskeln an Häufigkeit zurück.

Einige Kehrersche Einzelfälle seien gleich noch angeschlossen: Umschlag einer organisch bedingten Deviation conjugée in sicher hysterisches Konvergenzschielen; automimetischer Übergang einer organischen Hemianopsie in konzentrische Gesichtsfeldeinengung; hysterischer Konvergenz- und Akkommodationskrampf auf dem Boden zu spielartiger Gewohnheit entwickelter Schieldisposition; schließlich noch eine Hypermotilitätsstörung der mimischen Muskulatur (Hypermimie).

Uthoff führt von funktionellen Augenstörungen Fälle von meist nur vorübergehendem Schüttelnystagmus bei Kriegsteilnehmern mit teils ausgesprochenen funktionellen nervösen Störungen, teils ohne solche an, sodann eine psychogene Ophthalmoplegia externa, ähnlich dem Löhleinschen Falle, mit Unbeweglichkeit beider Augen ohne Beteiligung des Levator palpebrae und der inneren Muskulatur. Vorausgegangen war angespannte Beobachtung auf Horchposten.

Fall von Westphal: Doppelseitige hysterische Amaurose, doppelseitige schlaffe Ptosis, dabei eigenartig nach hinten geneigte Kopfhaltung nach Granatsplitterverletzung am Orbitalrande. Im Beginn hochgradige Lichtscheu. Ungewöhnlich lange (zweijährige) Dauer. Heilung. — Fall von Wollenberg: Konvergenzkrampf und ptosisartiger Verschluß beider Augen mit umschriebener Verletzung des Auges nach aufregendem und schmerzhaftem Unfall. Bemerkenswert ist unter anderem das Schwinden der Erscheinungen bei intensiver geistiger Inanspruchnahme und das Eintreten starker Verengerung und Reaktionslosigkeit der Pupille bei energischem Versuch des Kranken die Lider zu öffnen. Suggestive Heilung nach dreijährigen erfolglosen Heilversuchen. (Gute psychologische Analyse des Falles.) Hier sei gleich mit angeschlossen, daß Gutzeit bei akuten Kriegshysterien vornehmlich bei hysterischen Stupor- und Dämmerzuständen, aber auch bei monosymptomatischen Störungen (Zittern) kurzdauernde bis zu einigen Tagen anhaltende Pupillenstarre und aufgehobene Sehnenreflexe beobachtet haben will. Elschnig verweist einen großen Teil der Konvergenzkrämpfe und intermittierenden Nystagmusfälle bei Soldaten ins Gebiet der Simulation.

Bezüglich der Einzelfälle von psychogenen Hörstörungen muß auf die Kehrersche Kasuistik verwiesen werden. Die Fälle entziehen sich wegen ihrer Kompliziertheit der kurzen Wiedergabe. Nach Faltas Beobachtungen spricht Hautempfindungsstörung und Mangel der Hautreflexe bei Schwerhörigkeit oder Taubheit infolge Granatexplosion mit Sicherheit für Labyrinthbeteiligung.

Von Stimm- und Sprachstörungen erwähnt Kretschmer „psychische", lediglich durch Versagen des Willensimpulses bedingte mit Gasvergiftung als Entstehungsursache. Eigenartigerweise zieht er zur Erklärung nicht psychische Vermittlung, sondern die elektive Giftwirkung auf bestimmte Abschnitte des Nervensystems heran. Muck nimmt gewisse Fälle für die Akinesia amnestica phonopoetica in Anspruch. Findell erwähnt habituelle „Kloß"-sprache (Drücken des Zungenrückens gegen den Gaumen), Isserlin typisch hysterische Fälle mit Imitation der Kindersprache, der Papageiensprache, Agrammatismus. Er unterscheidet im übrigen neben einfachem Versagen der Sprache als Emotionssymptom erwartungsneurotische Mechanismen (insbesondere Stottern): Störung des Sprachvorgangs durch übermäßige ängstliche Intention, besonders nach anfänglichem emotivem Versagen der Sprache nach Shock; sodann die hysterischen langdauernden Aphonien ohne Zeichen ängstlicher oder Erwartungsintention auf den Sprachvorgang. Nach Barth ist einseitige Kehlkopfmuskellähmung beweisend für den organischen Charakter einer Stimmstörung, erhaltene reflektorische Glottis- und Kehlkopfbewegungen für den funktionellen. Andernach führt eine psychogene Aphasie mit Verlust der Spontansprache und des Sprach- und Schriftverständnisses nach Gehirnerschütterung an. Auf seinen weiteren Fall mit psychogener cerebellarer Ataxie nach Schädelbruch und zwei Fälle von Brandes mit (organisch bedingten) hyperalgetischen Zonen nach Schädelschüssen mag hier gleich mit hingewiesen werden.

Eigenartige hysterische reflektorische Zwangsbewegungen traten in einem Liebermeisterschen Falle 3 Jahre nach einem Schädelbruch bei der Einziehung auf. Blitzartiges Hinfallen bei Rombergprüfung, ebenso bei Zuhaltung der Augen des sitzenden Patienten. Bei Zuhalten der Augen im Liegen wälzt sich Patient bald nach links, bald nach rechts. Suggestiv Heilung. In einem anderen Falle bestanden wurmförmige Zwangsbewegungen der ganzen Körpermuskulatur mit hysterischen Allgemeinsymptomen. (Tod beim Faradisieren, Status thymicolymphaticus.)

Jellinek erwähnt eine Granathysterie mit torpedoähnlicher Bewegungsart: Patient liegt unbeweglich im Bett. Künstlich auf die Beine gestellt, schießt er mit krampfhaft ausgestreckten Beinen und großer Anfangsgeschwindigkeit auf dem Boden vorwärts und bleibt dann unter einem Bett unbeweglich liegen.

Raether führt die verschiedensten Fälle von psychogener „Ischias", „Coxitis", „Gelenk- und Muskelrheumatismus", psychogener „Wirbelsäulenerkrankung", „Wirbelinsuffizienz" und „Wirbelversteifung" an. In einem der letzteren Fälle orthopädisch-röntgenologischer Befund: Luxation des letzten Lendenwirbels!

Von sonstigen Raetherschen Fällen seien noch erwähnt: Masseterkrampf neben trepidanter Abasie und Astasie nach Verschüttung; Hochstand der linken Hüfte durch hysterische Contractur nach Verschüttung; ticartig alle 4—5 Sekunden erfolgendes Strecken beider Arme mit Pronationsbewegung nach Verschüttung; ein ähnlicher Fall gleicher Ätiologie mit rhythmisch tetanischen Zuckungen des Arms (Hebung und Senkung des Arms über der Brust in geigender Bewegung) usw. — Eine Hysterie mit seit 10 Jahren bestehenden Tics in beiden Schultern und gleichzeitigem Au-Schreien sowie mit Anfällen, in denen Pat. sich selbst schlug und mitunter wie ein Hund bellte, war durch Felddienst verschlimmert, wurde aber von Raether mit K.-Methode in einer Sitzung geheilt.

Westphal führt einen Hemispasmus glossolabialis hystericus nach Granatexplosion an. Isserlin eine psychogene Gesichtshälftencontractur. Nonne erwähnt klonische Zuckungen der Hodenmuskulatur (Weichteilverletzung des Hodens). Trömmner klonische Zuckungen im Facialisgebiet, Platysma, Sternocleidomastoideus, den Scalenis und dem Diaphragma nach Artilleriebeschießung und nachfolgenden familiären Aufregungen, sowie einen Fall mit Cucularisklonus neben anderen Störungen.

Schwere funktionelle Halbseitenkrämpfe vom Charakter der Jackson-Epilepsie bestanden in einem Nonneschen Fall im Anschluß an Gasvergiftung (Hypnoseheilung nach $1^1/_2$ jährigem Bestehen); gehäufte epileptische Anfälle (deutliche Pupillenstarre auf der Höhe des Anfalls) bei Hysterie neben anderen hysterischen Symptomen (Weinkrämpfe mit Atemnot usw.) in einem Raetherschen Falle.

Von besondersartigen Fällen seien schließlich noch erwähnt: Funktionelle Anosmie nach minimaler Granatsplitterverletzung, therapeutisch refraktär (Liebermeister). Ziemlich schwere Blutungen aus den untersten Darmabschnitten, explosionsartig innerhalb weniger Wochen bei mehreren schweren Hysterien aufgetreten (Liebermeister), als psychische Infektionen gedeutet, nach K.-Methode zumeist geheilt. Gastrospasmus mit regelmäßigem Erbrechen nach Heben eines Geschützes (Singer), isolierte Tachypnöe als Ausfluß eines körperlichen Angsterregungszustandes (Kehrer), Hyperhidrosis der Hand bei Aufenthalt in der Wärme nach oberflächlicher Handverbrennung und Schreck durch Patronenexplosion, außerdem brennendes Gefühl an Hand und Körper und Krallenstellung der Hand (Wagner).

Verschiedene funktionelle Störungen in Zusammenhang mit organischen Nervenverletzungen finden sich wiederholt angeführt. Knopf erwähnt funktionelle Lähmung beider Beine nach Schußverletzung der Scheitelgegend mit röntgenologisch nachweisbaren Knochensplittern, wobei ähnlich wie in den Fällen von Bauer und Plötzl, Art und Lokalisation der Störung durch den Sitz der organischen Verletzung determiniert war. Von Mayendorf führt eine funktionell zu deutende Paraplegie nach Granatverletzung, Splitterbruch des Schädels in der Gegend der Zentralwindungen, an.

Schüller erwähnt funktionelle Monoplegien — hypertonische resp.

hypotonische Beinparesen des jeweils geringer gestörten Beins — nach Commotio spinalis.

Auf die Simonschen Beobachtungen von mehr oder weniger starkem, mehr oder weniger verbreitetem Knochenschwund bei rein psychogenen Lähmungen und Contracturen, die nach völliger Heilung der Störung in wechselnder Schnelligkeit zurückgingen, muß im Hinblick auf die nunmehr angeführten Krankengeschichten und die beigegebenen instruktiven Tafeln noch einmal kurz zurückgekommen werden. Sitz und Stärke der Veränderung entsprach weder der sensiblen Versorgung noch dem Grad der vasomotorischen Störung, der Gewebsschwellung und der psychogenen Gefühlsstörung. Die Frage nach der Genese des Knochenschwunds, insbesondere, ob Inaktivitäts- oder neurotisch-reflektorische Atrophie, läßt Simons noch unbeantwortet.

v. Wagner erwähnt das Vorkommen organischer Gelenkveränderungen bei dauernden psychogenen Contracturen, die schließlich auch im Schlaf durch Gewöhnung unabhängig von psychischen Einflüssen aufrechterhalten werden.

Schlössmanns Beobachtungen an Nervenschußverletzten seien zum Schluß noch angeführt, soweit sie psychopathologisches Interesse bieten. Für die Fälle mit sehr heftigen und langdauernd bestehenden Nervenschußschmerzen betont er die Beteiligung des nervösen Gesamtzustandes, die gesteigerte Erregung des locus minoris resistentiae schon auf ganz gewöhnliche Sinnesreize oder psychologische Reize hin. Als allmähliche Veränderungen der Psyche und des Nervensystems erwähnt er Apathie, Depression, zunehmende psychische Reizbarkeit, nervöse Halt- und Energielosigkeit, Schlafstörungen, Nahrungsverweigerung und als deren Folgen körperliche Allgemeinverschlechterung. Verwirrungszustände und Wutausbrüche, wie Oppenheim betont, sah Schlössmann auch bei ganz ungeheuren Schmerzen niemals. Es handelte sich in diesen Fällen trotz scheinbarer Hysterie nicht um psychopathische Individuen, und die nervösen allgemeinen Störungen verloren sich auch mit den Schmerzen, zweimal sogar akut durch die Operation.

Was speziell die psychogen-psychotischen Störungen angeht, so versucht Birnbaum von psychiatrischen Erfahrungen ausgehend, zu einer schärferen Erfassung und Begrenzung des Typus sowie einer prägnanteren Gruppierung seiner Einzelformen zu gelangen. Er geht zunächst den allgemeinen Schwierigkeiten nach, die einer brauchbaren Fassung eines solchen Krankheitsbegriffes ganz allgemein entgegenstehen, und kennzeichnet dann die besonderen Erschwerungen, welche sich speziell aus dem Vorkommen vielgestaltiger psychogener Erscheinungen und Zusammenhänge im Rahmen aller möglichen nicht psychisch hervorgerufenen Störungen (Schizophrenie usw.) ergeben. Die übliche Kennzeichnung der psychogenen Störungen als einfach „psychisch verursachte“ erscheint ihm klinisch schon wegen der vielfach notwendigen Mitwirkung anderer ätiologischer Hilfskräfte nicht ausreichend. Die bloße Heraushebung des Merkmals der abnormen psychischen Beeinflußbarkeit genügt ihm vor allem deswegen nicht, weil damit

im wesentlichen nur die hysterischen und hysteriformen Störungen erfaßt würden. Die Charakterisierung des Typus nach den äußeren Merkmalen hält er wegen der geringen Spezifität des äußeren Symptomenbildes für unzulänglich. Dagegen erscheinen ihm gewisse den Symptomen zugrunde liegende pathogene Mechanismen klinisch belangvoll. Er kommt dann nach Durchprüfung der sonstigen Besonderheiten und speziell nach Darlegung jener psychogenen Entstehungs- und Entwicklungsweisen zu ganz bestimmten Anforderungen an die Eigenart psychogener Krankheitstypen:

Sie müssen zunächst ganz allgemein funktionelle Störungen sein, und zwar speziell ihrem Wesen nach jenen physiologischen Funktionsänderungen — Erregungs- und Hemmungs-, Reiz- und Lähmungs-, Verknüpfungs- und Lösungsvorgängen — entsprechen, wie sie in der normalen Breite den durch Gefühlseinwirkungen erzeugten Veränderungen des seelischen Lebens zugrunde liegen. Sie müssen weiter in ätiologischer Beziehung durch psychische — richtiger emotionelle Einwirkungen zustande gekommen sein, wobei ätiologische Hilfskräfte, prädisponierende Momente der verschiedensten Art, seien es angeborene oder erworbene, habituelle oder episodisch-momentane sehr wohl mitwirken können, allerdings ohne daß der spezifische Charakter der Störungen durch sie bestimmt werden darf. Und sie müssen schließlich in klinisch-symptomatologischer und pathogenetischer Hinsicht nachweislich gewisse, aus den eigenartigen Wirkungen der spezifischen ätiologischen, emotionellen Noxen abzuleitende „vorzugsweise psychogene" Reaktionsformen aufweisen, umgekehrt dagegen alle andersartigen, auf einen anderen Wesenstyp hinweisenden klinischen Merkmale entbehren.

Im wesentlichen kommt es also nach diesen Darlegungen für das Krankheitsbild dieser psychogenen Formen auf die objektiven Niederschläge der verschiedenen psychogenen Mechanismen, die psychogenen Prädilektionstypen an. Als solche nennt Birnbaum u. a. die psychogenen Persistierungs- und Fixationsphänomene, psychisch bedingte Nachwirkungs- und Nachdauererscheinungen, wie sie sich etwa auf körperlichem Gebiet in abnormen motorischen Ausdrucks-, Entladungs-, Konstellations- usw. Fixierungen, auf psychischem in pathologischen Affektrekapitulationen, Emotionsfällen u. dgl., in der Vorstellungssphäre in Form von überwertigen Ideen, Zwangsvorstellungen, als halluzinatorische Erlebnisreproduktionen des Wachzustands, Vorschlafs, Traums usw. kundgeben. Weiter dann die psychogenen Bindungsphänomene, mit abnormer Verknüpfung der im Affektzustand oder unter Affektbegleitung erlebten Vorgänge und Inhalte, wie sie den intentions- und erwartungsneurotischen, den mnemotiven Störungen u. dgl. zugrunde liegen. Sodann die psychogenen Sejunktions-, Abspaltungs- und Dissoziationsphänomene, wie sie am charakteristischsten in den verschiedenartigen systematisch-elektiven Amnesierungserscheinungen auf körperlichem wie psychischem Gebiete zum Ausdruck kommen. Weiter dann die pathologischen Realisierungsphänomene, die Umsetzung und der Niederschlag affektbetonter Bewußtseinsinhalte in pathologische Formen (in Halluzinationen, wahnhafte Einbildun-

gen, Erinnerungsfälschungen usw.). Dann die Überwertigkeits-, die pathologischen Präponderanzphänomene mit dem beherrschenden Übergewicht der vom Affekt herausgehobenen Inhalte im seelischen Leben; die psychogenen Wertigkeitsverschiebungen mit ihren pathologischen Änderungen im Maßverhältnis von Gefühls- und Vorstellungselementen; die psychogenen Hemmungs-, die Desequilibrationsphänomene und vieles andere mehr. Einer in Umfang und Anschaulichkeit ausreichenden Wiedergabe der Einzelheiten entzieht sich die an sich schon sehr zusammengedrängte Originalarbeit.

Hübner kennzeichnet die einzelnen psychotischen Bilder psychischer Genese, leider ohne den grundlegenden psychogenetischen Zusammenhängen und psychogenen Mechanismen näher nachzugehen. Er begnügt sich daher auch mit einer Gruppierung lediglich nach dem äußeren Bilde: Halluzinatorische Zustände, paranoide Erkrankungen, hypochondrische Symptomenkomplexe, die „Läppischen" usw.

Was Hübner im großen ganzen an solchen „atypischen Unfallpsychosen" bringt, dürfte zu einem großen Teil aus der Klinik der psychogenen Haftstörungen, insbesondere der akuten kurzdauernden der Untersuchungshaft[1]) im wesentlichen bekannt sein. Auch hier die übliche Symptomen- und Verlaufsbeeinflussung durch psychische Faktoren, der Wechsel des Zustandes in Abhängigkeit von der Situation usw. Besonders spezifisch Kriegspsychotisches bringen die Fälle doch eigentlich recht wenig.

Bei den Dämmerzuständen hebt Hübner die Häufigkeit initialer Erregungs- und Krampfanfälle, die im allgemeinen apathisch-deprimierte, mitunter allerdings auch vorübergehend heitere Verstimmung hervor. Gelegentlich kommt es aus der apathisch-depressiven Affektlage heraus zu unvermuteten Angriffen. Katatonische Symptome, auf die aktuellen Erlebnisse bezügliche Sinnestäuschungen, residuäre halluzinatorisch-paranoische Erscheinungen wurden beobachtet. In einem Falle, der Dämmer-, Schlaf- und Stuporzustände mit Negativismus bot, blieb eine enorme Suggestibilität zurück.

Auch die Hemmungszustände zeigten öfter katatonische Symptome, vereinzelt auch Vorbeireden sowie asymbolische Störungen. Die Stimmung war dabei am häufigsten leicht depressiv, vorübergehend kam auch ängstliche Erregung vor.

Die Depressionszustände gingen teils mit, teils ohne Hemmung einher. Selbstmordideen wurden mehrfach geäußert, von dem einen, um aus der Hölle des Schützengrabens herauszukommen. Auch Selbstvorwürfe kamen vor. Träume und gelegentliche Halluzinationen bezogen sich auch hier auf die schreckhaften auslösenden Erlebnisse. In einem Falle bestanden zwangsmäßig auftretende Verfolgungsideen. Gegenüber melancholischen Störungen kamen differentialdiagnostisch genauere Motivierung der Symptome, psychologischer Zusammenhang der nervösen Störungen mit einzelnen Symptomen, teilweise deutliche Suggestibilität und Einschiebung

[1]) Vgl. beispielsweise die Darstellung der psychogenen Zustände der Untersuchungshaft in meinen „psychopathischen Verbrechern".

von Erregungszuständen in Betracht. In einem Falle bestand für die zehnmonatige Erkrankung Amnesie.

Kurze hypomanische Phasen zeigten sich bei den verschiedensten Zustandsbildern. Die sonstigen Erregungszustände waren teils Folgen von Halluzinationen und Wahnideen, teils reaktiver Natur. Gelegentliche motorische Erregungen im Dämmerzustand sind oben schon erwähnt. Zwei kriminelle Degenerierte boten zornmütige Erregungen mit sinnlosen Schimpfereien und Neigungen zur Aggression. Hübner identifiziert dies mit Stranskys Kriegsknall, doch will es mir scheinen, daß diese typischen Haftreaktionen von Entarteten doch wohl etwas anders sind als die von Stransky beschriebenen pathologischen Änderungen der Affektlage, die bei halbwegs Normalen unter dem Einfluß der deprimierenden Kriegseindrücke auftraten.

Von halluzinatorischen und ihnen nahestehenden Störungen hebt Hübner zunächst die Häufigkeit von Traum- und Schlafstörungen, hypnagogen Halluzinationen u. dgl. bei Kriegsneurotikern hervor. Ein Fall bot nach Granatshock den Schlaf unterbrechende nächtliche Dämmerzustände mit Situationsverkennung im Sinne des Krieges und komplizierten Handlungen. Ein anderer nach Verschüttung erst hysterische körperliche und psychische Störungen, Hemmung, vereinzelte Halluzinationen, dann später regelmäßig beim Erwachen hysterische Erregungszustände mit zeitweiser Situationsverkennung. Bei einem Imbezillen bestand nach geringem Alkoholgenuß eine Erwachensstörung, wobei er um sich schlug und die Umgebung angriff. In anderen Fällen wurden vereinzelt flüchtige Tageshalluzinationen, speziell visuelle, beobachtet. Bei dem einen traten nach Granatshock nachts im Wachzustand erlebte bildhafte Szenen auf, außerdem auch solche am Tage, die sich störend in sein Denken hineindrängten. Erwähnt sei schließlich noch ein Hystericus, der unmittelbar nach der Einziehung erst Dämmerzustände, dann Abasie, lebhafte Halluzinationen, insbesondere des Gehörs, und weiterhin den Zwang zum Denken oder Ausstoßen gemeiner Schimpfworte bot. Die Zwangserscheinungen, zeitweiser Rededrang und der Abschluß der Störung mit zwei kurzen Depressionen wies auf Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein hin.

Bei den paranoischen Erkrankungen erwähnt Hübner das akute Einsetzen mit Stupor-, Erregungszuständen und hysterischen Anfällen ähnlich wie bei den anderen psychogenen Krankheitsformen (übrigens eine gleichfalls von den psychogen-paranoischen Bildern der Haft her bekannte Initialerscheinung). Im paranoischen Stadium wurde Mißtrauen mit Eigenbeziehungen und Beeinträchtigungsideen beobachtet. Der Inhalt knüpfte oft an dienstliche Vorkommnisse an. Systembildung war selten. Größenideen kamen nur rudimentär vor. Ein Fall bot Gefühlshalluzinationen, zwei querulatorische Symptome, einer ausgeprägt hypochondrische Vorstellungen. Das sonstige Fehlen ausgesprochen hypochondrischer Störungen bei den Soldaten erklärt Hübner aus dem Vorwiegen der jüngeren Jahrgänge. Hübners Hinweis auf das Auftreten der gleichen Vorstellungen in verschiedenen Formen: als echte Halluzinationen, als hypnagoge Erscheinungen, als Phantasmien, Wachträumereien usw. ent-

spricht dem von mir in der oben gekennzeichneten Arbeit hervorgehobenen exquisit psychogenen Moment: Dem Niederschlag, der Realisierung affektbetonter Vorstellungen in verschiedenster pathologischer Gestaltung, in variierender psychotischer Repräsentation.

Hübner holt schließlich noch die Läppischen mit ihrer Apathie, dem läppisch scheuen Wesen, dem ablehnenden Verhalten, dem Mangel an Initiativäußerungen u. dgl. heraus. Die Heraushebung dieser Gruppe, die ja auch in der forensischen Praxis eine Rolle spielt, erscheint mir im Hinblick auf die praktisch wichtige Trennung von der Schizophrenie wohlberechtigt. Die Bezeichnung erscheint allerdings wenig brauchbar. Vielleicht könnte man am zweckmäßigsten von psychogenen Pseudoheboidzuständen sprechen[1]).

Erinnert sei im Zusammenhange mit diesen psychogen-psychotischen Zuständen nochmals an Kehrers Beobachtungen bei psychogener Pfropfschwerhörigkeit von Schwachsinnigen, wo sich die psychologische Wirkung der Schwerhörigkeit konstitutionell in einer Vertiefung der mangelhaften geistigen Ansprechbarkeit, episodisch aber bei Einwirkung eingreifender Außenweltserlebnisse in der Neigung zu reaktivem Stupor äußerte. Außer Stuporzuständen beobachtete Kehrer auch andere reaktiv psychotische Bilder, für die er gleichfalls einen tieferen Zusammenhang mit der Schwerhörigkeit annimmt, z. B. einen Krankheitszustand mit nicht exogen bedingter Stimmungslabilität, Witzelsucht, klownistischen und infantilistischen Zügen nach Art haftpsychotischer Komplexe. Wie weit dieser Zusammenhang zwischen körperlichen und psychisch-psychogenen Störungen für Kehrer reicht, zeigt sich darin, daß er die Taubstummheit als bloßes wenn aufdringlichstes Außensymptom komplizierter Seelenstörung anspricht, und zwar des Shockstupors mit seiner Attonität, der Auslöschung der Beziehungen zur Umwelt, dem Verlust der Ansprechbarkeit durch Sinnesreize des menschlichen Verkehrs und Aufhebung der gedanklichen Verarbeitung.

Isserlin hebt bei den psychogenen Depressionszuständen das Fehlen der Hemmung, den gelegentlich halluzinatorischen Einschlag, das Vorkommen von Episoden ängstlicher Spannung sowie Angst- und Aufregungszuständen (Erinnerung an das im Felde Durchlebte) hervor. Auch Versündigungsideen wurden beobachtet. Offiziere sahen auch ihre vermeintlichen Fehlhandlungen in anfallsweisen Visionen mit ängstlicher Erregung. In vereinzelten Fällen wurden solche Zustände allmählich zu ausgeprägt hysterischen Bildern unter Schwinden der depressiven Züge und Angstanfälle. Eine Reihe von Fällen psychogen depressiver Erregung mit gelegentlichen halluzinatorischen Zuständen zeigte auch ausgeprägt paranoide Züge, Verfolgungsideen, Verkennungen usw. im Sinne der Kriegsgegnerschaft, auch in ruhigeren Zeiten. Bei stärkerer Ausprägung dieser Erlebnisse bestand gewöhnlich erhebliche Angst. Ein Fall bot humoristische Stellung-

---

[1]) Die bekanntlich von Kahlbaum stammende Bezeichnung „Heboid", die er auf leichte juvenile Verblödungen mit vorherrschender Charakterverschlechterung anwandte, hat sich nicht eingebürgert. Die Richtigkeit dieser Verwendung erscheint sogar zweifelhaft, da er möglicherweise bei diesen Fällen einfach jugendliche Degenerierte im Auge gehabt hat.

nahme gegenüber diesen Zuständen. Auch stunden- und tagelange Verstimmungen infolge Auftauchens der traumatischen Erinnerungen kamen vor. Eine Reihe Kriegskranker zeigten Ganserzustände ohne forensischen Untergrund. Einer davon war sogar unmittelbar im Anschlusse an die Gefechtshandlungen entstanden. Psychopathische Typen kamen vor mit querulatorischen und paranoiden Zügen, die im Dienst Konflikte gehabt hatten und z. T. voll Beeinträchtigungsideen steckten. Sie wurden nach Abklingen der übermäßigen Erregung gewöhnlich ohne volle Korrektur entlassen.

Von Einzelfällen erwähnt Isserlin einen Kranken, der plötzlich sinnlos aus dem Graben dem Feinde entgegenstürmte, als neben ihm sein alter Jugendkamerad durch eine Granate zerrissen wurde. Noch einige Zeit danach befand er sich in einem Zustande der Verworrenheit, nachträglich bestand Erinnerungslosigkeit an das Erlebnis.

Bei Zwangsneurotikern und konstitutionell Verstimmten kamen vorübergehende Besserungen im Felde vor. Ein Fall wurde nach anfänglich gutem Befinden im Felddienst von dem quälenden Gedanken befallen, mit Leichen sexuelle Handlungen begehen zu können. Friedländer beobachtete einen Offizier, der weiche Gegenstände nicht mehr anzufassen vermochte, nachdem er nachts in eine zerfließende verweste Leiche gegriffen.

In einem Donathschen Fall bot ein bosnischer Soldat, der bei einem Eisenbahnzusammenstoß eine Gehirnerschütterung erlitt, eine hysterische Taubstummheit und hysterische katatonische Erscheinungen (stereotype Körperhaltung usw.).

Runge beobachtete unter den Marinefällen, die zwar häufig an Bord, aber nicht im Gefecht gewesen, oft leichtere psychogene Störungen in Form von Depressionszuständen, starker Reizbarkeit, Beeinträchtigungsideen, morosem Wesen.

Kafka weist im Anschluß an die Beobachtung eines polnischen Soldaten mit hysterischem Dämmerzustand und ausgesprochen kindlichen Zügen auf die rassenpsychiatrische Bedeutung des Zustandsbildes hin, das am häufigsten bei Slawen, seltener bei Franzosen, fast nie bei Deutschen zur Beobachtung gekommen sei. Die Erfahrungen der Haft bezüglich des psychogenen Puerilismus bestätigen diese rassenpsychiatrischen Feststellungen, soweit Deutsche in Frage kommen, nicht. Hübners Inanspruchnahme eines Falles mit infantilem Habitus, bei dem nach Granatshock erst ein Verwirrtheits- und Hemmungszustand aufgetreten und dann Fistelstimme zurückgeblieben war, wegen eben dieses Symptoms für den Puerilismus, erscheint mir im Hinblick auf das Vorkommen aller Art kriegshysterischer Stimmstörungen nicht ausreichend begründet.

Singer erwähnt einen Fall mit hysterischen Schlafdämmerzuständen, der im Felde Dämmerzustände mit Kriegsinhalt hatte und auch außerhalb der eigentlichen Schlafzustände fast immer in leicht dämmrigem Zustande herumwandelte. Er schlief fast den ganzen Tag unbeweglich und unerweckbar in kataleptischer Starre. Singer sieht in den Schlafanfällen eine Abwehrreaktion gegen affektive Spannungen. Auch Hübner führt

Fälle mit hysterischen Schlafanfällen an, darunter einen ohne hysterische Zeichen im Anschluß an Überarbeitung entstanden und mit nur in bestimmter Situation auftretenden Anfällen.

Schließlich mag hier noch ein eigenartiger Fall von Kohnstamm angeschlossen sein, wiewohl der Autor den organischen Charakter der Störung (Gasvergiftung durch CO) für wahrscheinlich hält. Nach Verschüttung trat eine ungewöhnliche, nun bereits $1^1/_2$ Jahre unverändert bestehende Störung der retrograden Gedächtnis- und Merkfähigkeit, und zwar vorwiegend für das tote, weniger für das praktische Wissen resp. mehr für spontane und zufällige Erlebnisse als das Gelernte ein, bei völliger Erhaltung der im engeren Sinne intellektuellen Funktionen und bei völligem Fehlen aller organischen Krankheitszeichen.

Sonstige funktionelle nervöse Störungen.

F. Müller hebt für die mannigfachen körperlichen funktionellen Störungen den Zusammenhang mit der Konstitution hervor: Herzneurosen und die mit ihnen verwandte konstitutionelle Schwäche des Herzens, die konstitutionelle Blasenschwäche und Magendarmschwäche als Teilerscheinungen einer Konstitutionsanomalie, gewöhnlich infantilen, juvenil-hypoplastischen resp. asthenischen Typs. Die besondere Betonung der großen Häufigkeit körperlicher Konstitutionsanomalien bei Individuen mit nervösem Zusammenbruch im militärischen Dienst mag als Erfahrung eines inneren Klinikers noch ausdrücklich Erwähnung finden. Thyreotoxische Herzen sah Müller bei norddeutschen Soldaten viel seltener als bei süddeutschen, und die im Felde erworbene Schilddrüsenschwellung und Hyperthyreose war anscheinend bei den im Westen kämpfenden Truppen häufiger als bei den Osttruppen. — Die Bedeutung der Konstitution im allgemeinen für den Krieg erörtert Lukacs, auf die besonderen Manifestationen der Diathesen geht O. Müller näher ein.

Knollhaas bestätigt Mönkebergs und anderer Angaben bezüglich der Häufigkeit der Arteriosklerose bei Jugendlichen. Er fand bei seinen Obduktionen im Feldlazarett, die fast ausnahmslos Verwundete betrafen, krankhafte Gefäß-, insbesondere Arterieveränderungen in auffallender Häufigkeit, als deren Ursache er die Kriegsnoxen anerkennt. „So meine ich, daß diese im Schützengrabenkriege nunmehr Monate und Jahre andauernden Erregungszustände und die daraus nach angeführten Beobachtungen anzunehmenden Blutdrucksteigerungen die Gefäße im Sinne frühzeitiger Abnahme schädigen können.“ Als vielfach in Betracht kommende chemische Schädlichkeit im Felde läßt er übrigens auch den Tabakmißbrauch gelten, während er den Alkoholmißbrauch in dieser Hinsicht ausfallen läßt.

Von allgemeinem wissenschaftlichem Interesse ist in diesem Zusammenhange vielleicht noch die vielfach zitierte Verfügung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums vom 22. III. 1917, wonach eine Begünstigung der Arteriosklerose durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse sich wissenschaftlich nicht feststellen lasse.

Auf Aschoffs und Weinerts Demonstrationen krankhafter Organveränderungen, die sie bei plötzlichen Todesfällen von

Heeresangehörigen an der Front wie im Inland fanden, mag im Hinblick auf etwaige voreilige Annahmen von Shocktodesfällen u. dgl. hingewiesen werden. Bemerkenswert ist, daß unter der sehr großen Zahl der Aschoffschen Beobachtungen der Status thymicolymphaticus durchaus am stärksten (über 10%) vertreten war. Schwer zu deutende Todesfälle ergaben Katatonie und Epilepsie.

Romberg fand Magenstörungen unter den visceralen Symptomen funktioneller Neurosen bei Heeresangehörigen am häufigsten bei Hysterie, seltener bei angeborener Neuropathie, am seltensten bei erworbener Neurasthenie und Cyclothymie. Bezüglich der Dienstfähigkeit, Heilungsaussichten usw. betont er die Übereinstimmung dieser visceralen Neurasthenien mit den grob funktionellen Störungen. Nach Kollatz kommen bei Neurasthenie mehr sekretorische Magenneurosen (An-Hyperacidität), bei Hysterie mehr motorische (habituelles Erbrechen) vor. Fleiner läßt einen ätiologischen Anteil der psychischen Kriegserregungen an den Magendarmerkrankungen dieses Sommers gelten (vgl. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 43). Krämer weist übrigens im Hinblick auf eine mögliche Überschätzung der Häufigkeit psychogener Magenkrankheiten im Kriege darauf hin, daß ziemlich jeder Magenkranke psychische Veränderungen, hypochondrische Verstimmung usw. zeige.

Mit den funktionellen Blasenstörungen der Soldaten beschäftigen sich wieder zahlreiche Arbeiten.

Munk hebt wieder die überaus große Häufigkeit geistiger oder körperlicher Entwicklungsfehler bei konstitutionellen funktionellen Blasenstörungen hervor. Für die psychischen Traumen, die länger dauernden psychischen Einwirkungen (Angst, starke Aufregungen), wie auch die Abkühlungen betont er die zu dauerhaften Störungen führende Steigerung ihrer physiologischen Wirkung auf die Blaseninnervation (vermehrter Harndrang, Inkontinenz). Rothfeld fand auch an Kriegsblasenerkrankten, welche nie an Enuresis nocturna im engeren Sinne gelitten hatten, fast den gleichen Prozentsatz Spina bifida und Abweichungen vom normalen Kreuzbeinbau wie bei diesen, da eben die Enuresis überhaupt an eine allgemeine körperliche Degeneration und nicht an eine Minderwertigkeit des unteren Rückgratabschnittes gebunden sei.

Hirt betont die ansteckende Wirkung der Soldatenenuresis und die fast völlige Unmöglichkeit einer Simulationsentlarvung. Ähnlich stellt Kehrer als klassische Form der Nachahmungshysterie in der Kriegsneurologie die Epidemien von Enuresis hin. Sie kämen besonders bei den Ersatzbataillonen vor, erreichten an Häufigkeit die Anfallsansteckungen und wären meist als psychogene Rückfälle und pathologische Gewohnheiten zu erklären. Bemerkenswert sind schließlich Kalmus' Heilungen von Blasenstörungen, insbesondere auch Pollakisurie und Polyurie durch psychische Behandlung. (Kaufmannsche Methode.) Der häufige Harndrang reagierte prompt auch nach jahrelangem Bestehen, die Polyurie meist erst nach wiederholter Behandlung.

Über die Kriegshemeralopie findet sich nichts neurologisch Bemerkenswertes. Zack weist zum Beweise der alimentären Verursachung auf

seine Beobachtungen bei Kriegsgefangenen hin, bei denen Hemeralopien in größerer Häufigkeit und gleichzeitig auch Skorbutfälle vorkamen. Jess betont den nachgewiesenen engen Zusammenhang von Hemeralopie mit Farbensinnstörung, die erfahrungsgemäß auf einem ödematösen Retinaprozeß beruhe, und schließt daraus auf einen ernährungstoxischen Einfluß, entsprechend dem Allgemeinödem. Er führt übrigens auch einen Fall von Nachtblindheit durch Blendung an.

Die üblichen Narkolepsiefälle finden sich auch diesmal wieder. Auch der Singersche Fall war auf dem Wachposten eingeschlafen und einmal direkt in Todesgefahr geraten. Die Anfälle waren erstmalig angeblich nach Kopfunfall mit Bewußtlosigkeit aufgetreten. Sie wurden besonders durch körperliche Anstrengungen gefördert, bei psychischer Erregung trat nur maskenartiges Verziehen des Mundes und leichtes Niedersinken des Kopfes ein. Singer nimmt bei dem leicht psychopathischen Manne eine selbständige Neurose auf degenerativer Basis an. In dem Stelznerschen Fall, der durch mehrmaliges Einschlafen auf Posten auffällig geworden war, war die Störung offenbar nach einem nervösen Leiden aufgetreten und bestand gelegentlich Amnesie für die dem Anfall kurz vorhergehende Zeit. Daneben erwähnt Stelzner auch einen Fall mit ununterdrückbarem Schlafbedürfnis (Einschlafen auf gefährdeter Stelle als Posten) infolge Erschöpfungszustand. Einen nicht gerade besondersartigen Narkolepsiefall führt auch Boas an.

Konstitutionelle Psychopathie und psychopathische Reaktionen.

Wollenberg gruppiert auf Grund kriegsärztlicher Erfahrungen die Psychopathen folgendermaßen:

1. Die Schwächlichen: überempfindlich infolge überzarter Konstitution, leicht die Selbstbeherrschung verlierend und dabei auch oft übermäßige körperliche Begleiterscheinung der Erregung bietend, den militärischen Verhältnissen schwer sich anpassend, intolerant gegen peinliche Kriegseindrücke und abnorm lange und stark unter ihren Nachwirkungen verbleibend.
2. Die Zornmütigen: emotiv, explosiv, affektintolerant mit Neigung zu Konflikten, zumal unter Alkoholeinwirkung, auf Inhaftierung mit Erregungs- und Tobsuchtszuständen reagierend, einzelne unerschrockene Draufgänger an der Front.
3. Die Unbeständigen mit Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit der an sich lebhaften Affektbewegungen, ungleichmäßig und unberechenbar als Kriegsteilnehmer.
4. Die Verstimmten mit endogenen depressiven Zuständen und mehrfach selbst an der Front gemachten Suicidversuchen. Ein Fall mit anscheinend habitueller depressiver Konstitution, der nach anfänglicher Begeisterung und guter Haltung an der Front wegen einer Verletzung zurück mußte, erschoß sich in der Heimat. In anderen Fällen führte die anfallsartige innere Unruhe zu unerlaubter Entfernung, einmal auch zu dipsomanischer Betätigung. Hypomanische Erregungen, speziell den Charakter der Ungeduld oder Gereiztheit tragend, waren viel seltener.

5. Die Wirklichkeitsfremden, darunter Pseudologen verschiedenster Ausprägung und Färbung.

6. Die Verschrobenen mit irgendwie gerichtetem Fanatismus, von denen einer den Fahneneid wegen des von den Staatsbehörden angewandten Systems verweigerte, ein anderer durch sein Übermaß an Kritik die militärische Disziplin gefährtete, ein dritter, bisher pflichttreu und tapfer, auf einmal unter dem Einfluß einer plötzlich wirksamen Überzeugung im Felde gegen den Feind und überhaupt zu schießen sich weigerte.

7. Die Defekten: Debile mit schlechter Führung und disziplinschädigendem Verhalten.

Wollenberg teilt diese Typen je nach ihrer Beziehung zu den militärischen Verhältnissen in Störer (Zornmütige, Unbeständige, Verschrobene, Defekte), die im allgemeinen, weil unmittelbar disziplinfeindlich überhaupt, dienstunbrauchbar sind, und Versager (Ängstliche, Verstimmte, Wirklichkeitsfremde), die sich meist noch bedingt brauchbar erweisen. Allerdings werde die militärische Unbrauchbarkeit nicht so sehr durch die Zugehörigkeit zu den Gruppen als vielmehr durch die Erheblichkeit der Abweichungen bestimmt. Im allgemeinen waren Wollenbergs Erfahrungen mit dieser Art Psychopathen in Übereinstimmung mit denen anderer Autoren z. B. Wilmanns, überwiegend ungünstige.

Epilepsie.

Epileptische Psychosen machten unter Stieflers psychiatrischen Festungsspitalsfällen 9,6% aus und 15% aller epileptischen Fälle. Mit wenigen Ausnahmen handelte es sich um chronische, früh aufgetretene Formen. Selbständige periodische Verstimmungen waren nicht häufig. Ein Fall betraf eine epileptische Dipsomanie (überhaupt der einzige von Stiefler im Kriege beobachtete). Vereinzelte Fälle boten manische Färbung sowie zornmütige Affektschwankungen. Die Dämmerzustände zeigten die verschiedensten bekannten Bilder, zweimal bestanden besonnene Delirien (triebartiges Wandern mit ihren forensischen Folgen). Die habituellen psychischen Veränderungen waren bei der Mehrzahl der länger bestehenden Fälle nachweisbar, ausgesprochene Verblödung fehlte.

Echte neurologische Epilepsie sah Stiefler unverhältnismäßig häufiger als andere Autoren, was er auf die Besonderheiten des Materials und des Milieus — Kampfort — zurückführt. Echt hysterische Krampfanfälle beobachtete er dagegen gleichfalls im Gegensatz zu anderen Veröffentlichungen — Hauptmann im Lazarett 2,6% hysterische, 1% epileptische Anfälle — relativ selten. Bemerkenswert ist der ausdrückliche Hinweis auf eine andauernd erhöhte Zahl der Aufnahmen und eine auffallend hohe Zahl der beobachteten Anfälle, sowohl in den Tagen heftigen Ansturms auf die Festung, wie auch in den letzten Kampftagen vor der Übergabe, sowie eine unmittelbar an den eigenen Kranken bei Beschießung des Spitals direkt beobachtete Häufung der Anfälle. Aus dieser selten hohen Zahl der konstatierten Epilepsien und der beobachteten Anfälle schließt Stiefler ganz allgemein auf eine seelisch wichtige Rolle der körperlichen Einflüsse des Krieges.

Im einzelnen mußte in 64% der Fälle eine ungünstige Beeinflussung der Epilepsie durch die Kriegsereignisse — und zwar zum Teil übrigens durch deren psychische Alterationen — angenommen werden. Immerhin war daneben die Zahl der Fälle, die sich vollkommen refraktär verhielten, verhältnismäßig durchaus nicht gering. Eine direkte Auslösung resp. Verursachung einer Epilepsie durch Kriegseinflüsse kam nur bei wenigen — 11% — in Frage. Nach Ausschaltung von weiteren Fällen mit Epilepsie verdächtiger Belastung und Vorgeschichte blieben aber nur ganz wenige zurück. Darunter ein Fall, der zunächst wie eine ideenflüchtige Manie, ein anderer, der wie eine psychogene Störung erschien. Im Gegensatz dazu waren 85% der Fälle schon nachweisbar vor dem Kriege erkrankt. Mit der Diagnose Reaktivepilepsie ist Stiefler sehr zurückhaltend, da er wiederholt bei ausgesprochen chronischen Epilepsieformen serienweise auftretende Krampfanfälle unter dem psychischen Einflusse feindlicher Artilleriewirkung und umgekehrt eine außerordentlich günstige Wirkung der ruhigen Kriegszeit auf ihren Weiterverlauf beobachten konnte.

Einige Stieflersche Einzelerfahrungen: Ein Epileptiker, der im Dämmerzustand aus dem Schützengraben sprang und feindwärts gegen die Drahtverhaue lief; ein anderer, der auf Horchposten einen epileptischen Anfall bekam; ein dritter, der auf die eigenen Leute im Schützengraben blindlings losschoß, seien im Hinblick auf die Frage der Dienstfähigkeit der Epileptiker noch erwähnt.

Weit zurückhaltender in der Anerkennung der exogenen Momente für die Epilepsie ist Hauptmann. Bei einem sorgfältig, insbesondere auch anamnestisch durchgearbeiteten Material konnte er in 88% der Fälle den Nachweis schon vor dem Krieg vorhandener Epilepsie führen, in den übrigen bis auf einen fanden sich wenigstens prädisponierende Momente. Auch bei bestehender Epilepsie konnte nur in einem sehr niedrigen Prozentsatz eine quantitative oder qualitative Zunahme der epileptischen Äußerungen durch exogene Kriegseinflüsse, fast ausnahmslos sogar eine Unabhängigkeit von ihnen festgestellt werden. Eine Verschlimmerung der Epilepsie im Sinne einer Dauerschädigung wurde überhaupt nicht beobachtet. Unter den disponierten Fällen fand sich nur einer, bei dem man exogenen Schädlichkeiten einen wirklichen Einfluß auf die Entstehung der Epilepsie zubilligen konnte. Hauptmann kommt daher zu dem bestimmten Schluß, daß das normale Gehirn auf die exogenen Schädigungen des Krieges nicht mit einer Epilepsie antwortet, daß es eine Kriegsepilepsie nicht gibt. Dementsprechend sieht er in den Besonderheiten der Hirnbeschaffenheit, ihrer epileptischen Reaktionsfähigkeit den wesentlichsten Faktor für die Epilepsie. Eine Bestätigung sieht er in der Tatsache, daß im Gegensatz zu den Verhältnissen bei diesen Epileptikern, bei den posttraumatischen Epilepsien, weder eine erbliche Belastung, noch Äußerungen einer von der Norm abweichenden Beschaffenheit bestanden. Bei den Fällen mit erstmalig im Kriege aufgetretenen epileptischen Erscheinungen erwartet Hauptmann übrigens einen Rückgang der latenten epileptischen Reaktionsfähigkeit, so daß also im ganzen kaum mit einer Zunahme der Epilepsie durch den Krieg zu rechnen sei.

Traumatische Epilepsien fand Voss bei seinen Schädelverletzten sicher in 37%, wahrscheinlich in 6%, wobei er alle anfallsweise auftretenden Reiz- und Anfallserscheinungen mit Ausnahme der hysterischen in den Begriff der traumatischen Epilepsie faßt. Das Scheitelhirn als Träger der motorischen Zentren schien häufiger als andere Hirnteile betroffen zu sein. Die Anfälle traten am häufigsten bis zum 6. Monat nach der Verletzung auf. Die Anfallsarten waren recht verschieden: Anfälle mit ungeordneten Zuckungen, reine Angstanfälle mit Zuckungen ohne Bewußtseinsverlust, anfallweises Starrwerden des ganzen Körpers in der Nacht, anfallweise Asphyxie in Fingern und Zehen usw.

Marburg betont die anscheinende Nebensächlichkeit der Lokalisation der primären Verletzung sowie das Fehlen jeder Disposition bei traumatischer Kriegsepilepsie.

Herschmann stellt eine spezifische Intoleranz der Epileptiker gegenüber dem elektrischen Strom fest und glaubt aus dem ziemlich häufigen Auftreten epileptischer (?) Anfälle beim Faradisieren von Zitterern, Dysbasikern usw. auf eine der epileptischen analoge pathologisch-anatomische Grundlage schließen zu dürfen.

Imbezillität.

Stiefler fand in Übereinstimmung mit anderen Autoren 9% Imbezille unter seinem Material, die Hälfte davon höhergradige, der weitaus größte Teil ausgesprochen stumpfe Fälle, nur ein ziemlich erethischer Fall, einige mit Wechsel apathischer und versatiler Zustandsbilder; nie depressive oder depressiv-ängstliche Kranke; einige mit gelegentlich epileptischen Anfällen; zwei thyreogene Fälle; ebensoviel Schizophrene auf oligophrener Basis; Selbstmordversuche in zwei Fällen mit hebephrenem Einschlag; häufige Übertreibungen körperlicher Beschwerden, besonders in den letzten Monaten der Belagerung; kein Ganser-Komplex. Im Hinblick auf die Dienstfähigkeitsfrage seien erwähnt ein Fall, der den Horchposten verließ, ein anderer, der durch nächtliches Schießen die Kompagnie alarmierte, ein dritter, der plötzlich aus dem Schützengraben heraus auf der Deckung herumbummelte und so verwundet wurde. Auf der anderen Seite sah Stiefler wiederholt Fälle von Tapferkeit und Unerschrockenheit, z. B. bei Beschießung des Spitals. Er spricht sich übrigens trotzdem gegen die Verwendung der Imbezillen im ausübenden Militärdienst aus.

Weygandt weist bezüglich der Kriegsbrauchbarkeit auf die Besserung früher als imbezill Erkannter im 3. Lebensjahrzehnt hin. Diese wichtige Tatsache der Spät- und Nachreifungsfähigkeit und der damit verbundenen nachträglichen sozialen Adaptionsfähigkeit, die übrigens auch noch in späteren Jahren erfolgen kann und so ziemlich für alle Formen psychisch abnormer Veranlagungen gilt, die im Jugendalter sozial versagen, erscheint mir immer noch nicht genügend bekannt und anerkannt.

Manisch-depressives Irresein.

Stiefler sah manisch-depressive Fälle ziemlich häufig, jedenfalls ungleich häufiger als im Frieden (7%), mit sehr starkem Überwiegen der

Slawen (Pilcz' Hinweis auf die kleinrussische Melancholie!) und starker Beteiligung der älteren Jahrgänge. In $^{1}/_{5}$ der Fälle handelte es sich um Wiedererkrankungen, und zwar meist gleichartiger Färbung. Die depressiven Zustände herrschten vor, meist schwere Melancholien, vereinzelt melancholischer Stupor, mehrfach Suicidversuche. Einmal lag ein Mischzustand vor, niemals hypomanische Zustände, einige akute Manien. Der eine Maniacus verlangte als Kommandant von den Leuten unmögliche Leistungen und strafte drakonisch. Ein anderer ließ beim Aufmarsch viele Unschuldige als Spione verhaften. Bei den vereinzelten Ersterkrankungen bestand schwere erbliche Belastung oder cyclothyme Veranlagung. Unter den auslösenden Momenten standen Gemütserschütterungen an erster Stelle. Auch bei Stiefler häuften sich die Fälle zu Kriegsbeginn, so daß er die Störung direkt für eine vorwiegende Erkrankung der ersten Kriegsperiode erklärt. Eine ungünstige Beeinflussung der bereits ausgebrochenen Psychosen durch die Unruhe der Belagerung war nur ausnahmsweise zu beobachten.

Dementia praecox.

Stiefler sah unter seinen Festungsspitalpsychosen 11% Schizophrenien, am häufigsten hebephrene, weniger häufig katatonische, paranoide und depressive Symptomenkomplexe. Bei den Hebephrenen war häufig das Hinausdrängen zur Kompagnie. Die Katatonischen starben zum größten Teil. Die Altersverhältnisse entsprachen den sonstigen Erfahrungen im allgemeinen sowohl wie für die einzelnen Gruppen. Einzelne von den Schizophrenen hatten sich hervorragend tapfer gehalten — Ausharren in zerstörten Stellungen, Besorgung der telephonischen Verbindung im heftigsten Artilleriefeuer usw. —, anscheinend infolge der Gemütsstumpfheit. — Für die Frage des inneren Zusammenhangs mit den Kriegsschädigungen ist bemerkenswert, daß die größte Zahl der Fälle aus den ersten Kriegsmonaten stammt, während gerade die letzten Monate der Belagerung mit ihren erheblichen körperlichen Anstrengungen und seelischen Aufregungen nur einen Fall brachten. Im übrigen ließen sich 90% als bereits vor Kriegsbeginn bzw. unmittelbar nach dem Einrücken erkrankt nachweisen. Die wenigen Fälle mit nachträglich erfolgter Erkrankung ist Stiefler freilich geneigt, zu den immerhin überdurchschnittlichen Kriegserlebnissen in Beziehung zu bringen. Bei ihnen bestand übrigens zum Teil anfangs auch ein psychogener Einschlag. In einigen Fällen der Mobilmachungsperiode kam es, anscheinend bedingt durch diese, zu vorübergehenden Verschlimmerungen, Erregungen. Auch sonst wurden in einigen Fällen bereits bestehender Erkrankung neue Attacken bzw. wesentliche Verschlimmerungen beobachtet. Die depressiven Formen schienen im Gegensatz zu den paranoiden am ehesten äußeren Einflüssen — psychischen wie Beschießungen, aber auch Erschöpfungen — zugänglich.

Bonhoeffer zeigt an der gleichbleibenden Prozentzahl der schizophrenen Aufnahmen der Berliner Klinik während des Krieges die von äußeren Einflüssen unabhängige „Schicksalsmäßigkeit" der Erkrankungsziffer im Gegensatz zu z. B. der des Alkoholismus.

Weygandt bringt die Kriegsschizophrenien in einen gewissen progno-

stischen Gegensatz zu den Friedensfällen. Er meint, daß bei jenen auf Anlage beruhenden Fällen zu deren Auslösung es eines sekundären Momentes bedürfe, eben diese Anlage nicht so hochgradig wie bei den spontan ausbrechenden sei und demgemäß auch die Besserungsaussichten günstiger seien.

Stelzner spricht von der verschwindend geringen Zahl von Kriegsparanoiafällen. Die Erkrankten seien zumeist schon im Beginn der Störung hinausgezogen. Ein Paranoiker mit einem ziemlich folgerichtigen Wahnsystem, das mit seinen politischen Ansichten in Zusammenhang stand, lief bei der Nachricht von einem politischen Mord von der Truppe weg, um sich deswegen im Großen Hauptquartier zu rechtfertigen.

Alkoholische Störungen.

Unter Stieflers Material betrugen die Alkoholismusfälle 10%, davon 5% Alkoholpsychosen. Doch war die wirkliche Zahl der chronischen Alkoholisten unter den Besatzungstruppen ungleich höher. Es überwogen die Landsturmleute. Von Nationalitäten standen Ruthenen und Polen an erster Stelle. Juden fehlten. Meist bestand jahrelanger Alkoholmißbrauch, einige wenige Fälle betrafen einfache Trunkenheit, pathologische Affekt- und komplizierte Rauschzustände.

Unter den Alkoholpsychosen überwogen Delirium tremens und akute Halluzinose. Verlauf und Dauer waren beim Delir meist gutartig bis auf ein Delirium tremens febrile. Niemals handelte es sich um ein Abstinenzdelir. Der größere Teil der Fälle stammte aus der Mobilmachungsperiode. Von den Halluzinosen fiel eine in diese Zeit. Sie betrafen im übrigen ältere Mannschaften.

Manche von den chronischen Alkoholisten hatten sich den Kriegsverhältnissen gut, z. T. vortrefflich angepaßt. Die Mehrzahl versagte allerdings, zumal bei Alkoholgelegenheiten. Bei körperlich Erschöpften sah Stiefler übrigens nach kleineren Mengen geradezu katastrophale Erschlaffungen (Hinsinken in tiefen Schlaf längs der Straße nach anfänglicher Fröhlichkeit.) Nach diesen Feldzugserfahrungen spricht sich Stiefler für die Alkoholabstinenz im Felde auf der einen, für den Frontdienst der Alkoholisten auf der anderen Seite aus.

Ursächlich wirkte für die Auslösung der alkoholischen Störungen, wie die zeitlichen Aufnahmeverhältnisse besagen, im wesentlichen fortgesetzter Alkoholismus, während andere Schädigungen — emotionelle, Erschöpfungen — in den Hintergrund traten.

Bonhoeffer weist auf die seit dem 2. Drittel 1914 bestehende augenfällige Abnahme der alkoholischen Erkrankungen in der Charité hin. Sie sind auf der Männerseite 1916 bis auf den 4. Teil der Zahlen von 1913 zurückgegangen, auf der Frauenstation wurde 1916 überhaupt keine Alkoholistin aufgenommen. Der Rückgang der Delirien innerhalb der alkoholischen Aufnahmen 1916 auf 9% bei den Männern, völliges Fehlen seit dem Kriege bei den Frauen, kennzeichnen den Rückgang des chronischen Mißbrauchs, der allerdings schon mit Beginn des Jahrhunderts, einsetzend im Kriege, besonders stark abfiel. (Ähnlich auch nach Magnus-Levy bei den Kranken-

häusern.) Diese Kriegsabnahme erkläre sich keineswegs ausschließlich aus dem Ausfall der vom Delir bevorzugten männlichen Altersstufen, wie schon die gleichzeitige Abnahme des Frauenalkoholismus beweise. Zudem fänden schwere Alkoholisten zum großen Teil überhaupt nicht Heeresverwendung und sei das Delirium tremens jenseits 45 Jahren nicht selten.

Dieser Abnahme der chronischen Alkoholerkrankungen stehe eine relative Zunahme der akuten speziell der pathologischen Alkoholreaktionen gegenüber (1913 13%, 1916 40%), was z. T. mit der Zuweisung forensischer Fälle aus dem Heere zusammenhänge, vor allem aber mit dem auch sonst bemerkbaren Manifestwerden der psychopathischen Konstitutionen infolge der Kriegsverhältnisse.

Bonhoeffer sieht in diesen Erfahrungen bei aller selbstverständlichen Anerkennung der Erschwerung und Verteuerung des Konsums als Ursache für den Rückgang des Alkoholismus vor allem den Beweis für die ganz überwiegend soziale Bedingtheit auch der schweren Alkoholismusformen entgegen der Auffassung von der ausschlaggebenden Bedeutung des endogenen Faktors. Auch die Kriegserfahrung bestätige das Fehlen einer eigentlichen Trunksucht im Gegensatz zur Morphiumsucht.

Die auffallende Abnahme der Alkoholisten während der Kriegszeit bestätigt auch Weichbrodt aus der Frankfurter Irrenklinik: 1913 53,7%, 1916 23,3%, erstes Halbjahr 1917 7,5%. Ihre Ursache, die Alkoholstrekkung und der Alkoholmangel, habe viele frühere Alkoholisten wieder sozial brauchbar gemacht.

Dieser Ausfall des alkoholischen Moments kommt natürlich auch in anderen sozialen Erscheinungsformen zum Ausdruck, so in der Invalidenversicherung (Henneberg, Leppmann): weitgehende Besserung der langjährigen alkoholischen Rentenfälle, keine Rentenneubewilligung wegen Alkoholismus seit Kriegsbeginn, Wiederaufnahme der Arbeit und fast volle Erwerbsfähigkeit vieler alkoholischen Rentenempfänger. Ähnlich auch in der Unfallversicherung (Leppmann), in der Alkoholfürsorge (Stier). In letzterer war bei Frauen der Zugang gleich 0, bei Männern sehr gering, und dies, trotzdem die Jahrgänge unter 45 nur ein Drittel des Materials ausgemacht haben und die älteren auch jetzt noch als Material in Frage kommen.

Alle diese Feststellungen können übrigens auf Grund der Erfahrungen an den großen Berliner Irrenanstalten nur bestätigt werden. Infolge des Ausfalls des alkoholischen Anteils haben sogar manche Aufnahmegruppen mit sonst stark alkoholischem Einschlag, z. B. die aus dem städtischen Obdach Überwiesenen, einen ganz anderen Charakter bekommen. Gerade an letzteren zeigt sich überhaupt in einer psychologisch recht interessanten Weise, wie der Krieg durch Heranziehung aller halbwegs militärisch brauchbaren, halbwegs arbeitsfähigen, sowie halbwegs arbeitswilligen Elemente auch die Gruppe der Irrenanstaltspflege bedürftigen, psychisch Abnormen und Kranken nach Art und Zahl wesentlich verändert und verringert hat.

Etwas im Widerspruch mit all diesen Erfahrungen weist übrigens der Jahresbericht der Altonaer öffentlichen Trinkerfürsorgestelle von 1916/17

auf eine Zunahme des Alkoholismus bei Frauen, insbesondere Kriegerfrauen, hin.

Isserlins Beobachtungen einer Reihe von Alkoholisten mit z. T. hysterischen, z. T. rentenneurotischen Krankheitsbildern sind vielleicht noch bemerkenswert. Isserlin glaubt allerdings, dem Alkoholismus keine wesentliche ätiologische Rolle bei den Kriegsneurosen zuschreiben zu dürfen.

Zum Schluß noch der Hinweis, daß sich Erfahrungen über den Alkohol im Felde, auch ärztliche, wiederholt in den Alkoholzeitschriften finden. (So Brunzlow, Bonne in „Internat. Monatsschr." 1916; Hellwig, militärärztlicher Anonymus, in „Alkoholfrage" 1915/16; Holitscher in „Alkoholgegner" 1915; Vogel in „Abstinenz" 1916 u. v. a.) Psychopathologisch besonders Bemerkenswertes findet sich allerdings nicht gerade darunter. Über bedeutsame zivil- und militärbehördliche Alkoholkriegsmaßnahmen orientiert Flaig laufend in „Alkoholfrage"

Progressive Paralyse.

Unter Stieflers Fällen machten die Paralytiker nur 7% aus. Unter seinem Offiziersmaterial allerdings nicht weniger als 40%. Zu $^4/_5$ standen sie im bevorzugten Paralysealter. Die Inkubationszeit war nicht verkürzt. Die dementen Formen überwogen, daneben wurden expansive, depressive und stuporöse Fälle, einmal auch ein katatones Bild beobachtet. Zweimal kam Hirnlues diagnostisch in Frage. Das allgemeine klinische Bild bot bis auf stärkere Betonung der körperlichen Beschwerden bei den Frühformen keine Abweichungen gegenüber den Friedenserfahrungen. Einige Paralytiker erwiesen sich im Kampfe als „tapfer". In einigen durch besondere Kriegsstrapazen ausgezeichneten Zeitabschnitten häuften sich die Fälle, so daß Stiefler hier, wenn auch mit einiger Zurückhaltung, einen gewissen Einfluß auf die Beschleunigung des Ausbruchs bzw. die Verschlimmerung der Paralyse annehmen zu müssen glaubt.

Nach Hahn kamen in der Frankfurter Irrenanstalt auf die Soldatenaufnahmen 2,7% Paralysen, auf die Zivilaufnahmen 1911—13 6,3%, Zahlen, die vergleichbar seien, da in der Anstalt auch viele leichtkranke Zivilisten aufgenommen seien. Die Fälle zeigten keine Verfrühung des Beginns, keine Verkürzung der Inkubationszeit, keine auffallende Verlaufsbeschleunigung. (37% Remissionen.) Ein Teil der Fälle war überhaupt nicht im Felde oder keinen erheblichen Feldzugsschädigungen, insbesondere Kopfverletzungen, ausgesetzt. Hahn spricht sich demgemäß gegen eine Kriegsparalyse im Sinne Weygandts (und damit auch gegen die Annahme einer Kriegsdienstbeschädigung bei Paralytikern) aus. „Warum nur ein kleiner Prozentsatz der Lues zu Paralyse führt, wird man nach dem Kriege so wenig wissen wie vorher — aber man wird endlich aufhören müssen, körperlichen Anstrengungen und Schädigungen, welche den Kranken selber getroffen haben, eine Bedeutung beizumessen."

Auch bei Hauptmanns Beobachtungen einer Anzahl Paralyse- und Tabesfälle war ein Einfluß exogener Kriegsmomente auf den Ausbruch der Paralyse nicht festzustellen (kein kürzeres Intervall, kein niedrigeres Alter auch keine abweichenden Formen). Beobachtungen an Syphilitikern im

Sekundärstadium schienen auch nicht für die Bedeutung exogener Einflüsse bei der Auslösung eines syphilogenen Nervenleidens zu sprechen. Im übrigen weist Hauptmann gegenüber der Kriegsparalyse mit rascherem Verlauf auf die infolge der allgemeinen Ernährungs- und Pflegeverhältnisse verschlechterte Mortalität in den Irrenanstalten hin, was allerdings (aber doch wohl nicht für die ganze Kriegszeit) zutreffen dürfte.

Weber meint gegenüber solchen, die Kriegsparalyse ablehnenden statistischen Feststellungen, die Frage könne überhaupt nicht statistisch, sondern nur durch Feststellung der Verhältnisse von Fall zu Fall entschieden werden. Einigen Einzelfällen, wo bei früher ganz gesunden noch in sehr jugendlichem Alter stehenden Leuten eine rasch verlaufende Paralyse ausbrach, entnimmt er den Beweis für eine Kriegsparalyse und deutet speziell die ungewöhnliche Verbindung dieser Fälle mit Hinterstrangsymptomen im Sinne einer direkten Einwirkung der Kriegsstrapazen an (woraus er dann auch bestimmte Voraussetzungen für die Annahme einer Dienstbeschädigung bei Paralyse formuliert). Meines Erachtens kann einen halbwegs sicheren Beweis für den Kausalzusammenhang zwischen Kriegsstrapazen und Paralyse eigentlich nur die Statistik, nicht aber die, wenn auch noch so sorgfältige Analyse des Einzelfalles geben. Besteht ein solch gesetzmäßiger Zusammenhang, so muß er naturgemäß bei zahlenmäßigen Zusammenstellungen zum Ausdruck kommen. Der Einzelfall dürfte, da die tatsächlichen pathogenetischen Zusammenhänge sich nicht aufdecken lassen, kaum mehr als die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges offenbaren. — Daß übrigens auch die französische Literatur den verschlimmernden Einfluß des Krieges auf den Paralyseverlauf anzuerkennen scheint (Miguot u. a., Presse médicale 1916, Nr. 47, ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 40), sei wenigstens erwähnt.

Eine Paralyse mit überlagernder psychogener Neurose (körperlich hysterische Störungen nach Granatverschüttung bei gleichzeitiger Verschiebung des Krankheitsbildes durch eine an Simulation angrenzende Aggravation) führen Kafka und Weygandt an.

Infektions- und sonstige symptomatische Psychosen

Stelzner erwähnt euphorische Zustände am Anfang von Infektionskrankheiten (Typhus, Angina), die häufiger als in Friedensfällen zu beobachten waren. Bei Typhuserkrankten standen nicht selten die Delirs resp. festgewordenen Wahnideen im Vordergrunde, während die rein typhösen Erscheinungen noch zurücktraten. Die Wahnideen klangen dann mit Einsetzen der körperlichen Krankheitszeichen schnell ab. Vereinzelt fanden sich wahnhafte Größenideen sowie Verwirrtheitszustände als typhöse Initialsymptome. Bei zwei Ruhrfällen bestand das Bild einer Melancholie mit katatonischen Zügen, bei einem weiteren leitete ein ähnlicher Zustand zu einer zweifellosen Schizophrenie hinüber. Bei einer Pneumonie traten leichte, aber ziemlich hartnäckige langsam abklingende Verwirrtheitszustände auf. Meningitisfälle mit psychotischen Erscheinungen erwähnt Weygandt.

Urbantschitsch weist auf eigentümliche nicht seltene Gedächtnis-

störungen bei Erkrankung des äußeren und besonders des mittleren Ohrs hin, in einzelnen Fällen in Form allgemeiner Amnesie, zumeist aber in Form von Gedächtnisschwäche oder Ausfall nach gewisser Richtung und durch den Krankheitsverlauf und seine Heilung beeinflußbar. Er denkt an eine otogene vasomotorische Reflexwirkung und dadurch bedingte verminderte Blutversorgung des Gehirns, während andere Autoren (Redlich, Stransky) für die richtige Würdigung dieser Beobachtungen genaue Auseinanderlegung der Art der Gedächtnisstörungen für erforderlich halten.

Organisch-traumatische psychische Störungen.

Die durchgängige Beteiligung der psychischen Sphäre bei Schädelverletzungen wird immer wieder hervorgehoben. So von Voss, der speziell wieder auf die fast stets herabgesetzte Merkfähigkeit, die gesteigerte Ermüdbarkeit, die verringerte geistige Arbeitsleistung, die Veränderung der Assoziationsbildung und die gesteigerte affektive Erregbarkeit oder Abstumpfung hinweist. In Fällen stärkerer psychischer Einbuße war das Stirnhirn häufiger als andere Hirnteile betroffen. Bei Fällen mit schwerer Gefäßinnervationsstörung (kongestiver Diathese) traten die Ermüdbarkeit und gemütliche Erregbarkeit in den Vordergrund. Die psychisch stark Geschädigten, wie die in ihrer Empfindlichkeit Abgestumpften litten übrigens am wenigsten unter Kopfschmerz und Schwindel. Ähnlich hebt auch Reichmann bei Kopfschüssen die seelischen Störungen, insbesondere auch die des Affektlebens, mit Apathie, Stumpfheit, Aspontaneität auf der einen, hochgradige Emotion und Übererregbarkeit auf der anderen Seite hervor.

Schultz fand bei Stirnhirnläsionen sehr wechselnde psychische Bilder. Vorwiegend bestand mit oder ohne Depression eine initiative oder reaktive Akinese und auffallend starke Zeichen von Hirnschwäche. In einem Falle hörte eine völlig abnorme an schizophrene halluzinatorische Erscheinungen erinnernde Sensation, ein „im Kopfe vorne“ wahrnehmbares „Summen“, nach Absceßentleerung und Entfernung eines Splitters auf. Auch sonst zeigten mehrere Psychosen nach Stirnhirnverletzungen auffallende Ähnlichkeiten mit schizophrenen (nicht katatonen) Bildern. Die eine bot $^3/_4$ Jahre nach einem Stirnquerschuß typisch hebephrene Erscheinungen (Hyperkinese mit Rede- und Bewegungsdrang, völlige Zerfahrenheit, läppische Stumpfheit, Sprach- und Haltungsmanieren). Zeitweise bestand starkes psychisches Krankheitsgefühl. Eine andere zeigte ganz phantastische Bewegungsstörungen mit Grimassieren, starker psychischer Hemmung und triebhaftem Weinen, angeblich ohne subjektiv traurige Verstimmung. Traumatisch-epileptische Störungen wurden nach Stirnverletzung relativ selten beobachtet (6%), dagegen sehr häufig ungemein theatralisch-funktionell wirkende chronische und anfallsweise auftretende Veränderungen (30%), u. a. auch Enuresis nocturna. In einem Fall von Spätabsceß des Schläfenlappens trat ein typisch hysterischer Dämmerzustand als erstes Alarmsymptom auf. Bei Schädelseitenschüssen wurden die verschiedensten Grade von Hirnschwäche, Hemmungszustände und — selten — ausgesprochen manische Bilder beobachtet, die, stets weitgehend konstitutionell vorbereitet, nicht den Stempel des

Puerilismus oder der Moria trugen. Bei den Basisverletzungen setzten die labyrinthär komplizierten Fälle in ausgesprochenstem Maße Disposition für die Provokation (Entstehung?) dauernder psychoneurotischer Störungen: Depression, Insuffizienzgefühl, Beziehungsideen, besonders bei Gebildeten. Stirnhirnhinterhauptdurchschüsse zeigten z. T. schwere der epileptischen Degeneration nahestehende psychische Erscheinungen.

Pfersdorf führt eigenartige psychotisch gefärbte Störungen der psychischen Leistungen als Folgezustände von Kopfverletzungen an, so unter anderem: Fälle mit Produktion von teilweise völlig sinnlosen Wortzusammensetzungen, sowie von sinnlosen Sätzen, wie schließlich auch von Konfabulationen, die zum Teil bei Reproduktion von Gelesenem, aber auch anfallsweise auftreten. Er glaubt, daß sie klinisch den Kommotionspsychosen nahestehen, mit denen sie das Fehlen corticaler Herdsymptome und die Konfabulationen — freilich nicht in dieser Reichlichkeit — gemeinsam haben, während allerdings die sonstigen kommotionspsychotischen Merkmale fehlen.

Marburg betont die regelmäßige Bewußtseinstrübung bei Schädelschüssen, die meist auch die Fälle mit nur Weichteilverletzungen zeigten. Freilich könnte die Bewußtseinsstörung überaus kurz sein. Ein Patient ließ sich gleich nach der Schußverletzung nicht zurückhalten mit der Truppe weiter zu marschieren und blieb 8 Tage bei ihr, bis er mit Hirnabsceßerscheinungen (Steckschuß) eingeliefert wurde. Korsakoffsche Psychosen sah Marburg nach Schädelverletzung nur zweimal bei nachweislich bestehendem chronischem Alkoholismus. Merkfähigkeitsstörung, Desorientierung, Konfabulationen traten jedoch auch vereinzelt mitunter bei schweren Verletzungen auf.

Einige traumatisch bedingte Psychosen führt L. Binswanger an. Sie beziehen sich allerdings im wesentlichen auf Stirnhirnverletzungen, die übrigens ein Drittel der von ihm beobachteten Schädelverletzungen ausmachten. In dem einen Fall bestand nach dem Kopfschuß ein 10tägiger deliriöser Verwirrtheitszustand mit nachträglicher Amnesie, den Binswanger aus der Summationswirkung verschiedener exogener Schädigungen (Blutverlust, Hirndruck, Fieber) erklärt. 8 Monate später erneute psychotische Störung vom Charakter epileptoider Erregung als nach der wegen fortgesetzter Eiterung erfolgenden Operation von neuem Fieber auftrat. Nach der Operation verändertes Wesen mit explosibler Diathese. Nach erneuter Operation (Auslösung der Hirnnarbe, Entfernung eines großen Knochensplitters) Umschlag in Euphorie, Rindenanfälle. — Im zweiten Falle nach Steckschuß 3 Wochen dauernde Kommotionspsychose (Korsakoff) mit völliger Heilung nach mehrmonatigem Verlauf. — Im dritten paralyseähnliche Kommotionspsychose (Situations- und Beschäftigungsdelirien untermischt mit Größenideen) auf dem Boden eines amnestischen Komplexes, außerdem superponierte körperliche und seelisch psychogene Störungen (emotioneller Stupor und Pseudodemenz, Halbseitenstörungen). — Im vierten Falle traumatische Demenz nach amnestischem Stadium. Binswanger betont für diese Hirntraumatiker

besonders die **Blockierung des Denkens** — plötzlich auftretende langdauernde Gedankenleere, bei leichteren Fällen Aufsplitterung des Denkaktes, sodann die besondere Eigenart der **Affektivität**, die labil, aber doch zugleich die ganze Persönlichkeit in sich aufgehen lasse, und schließlich die ganze **Regellosigkeit** der traumatischen Demenz.

Im **Heiligschen** Falle traten nach Verletzung des linken Großhirns in der Zentralwindungs- und Schläfenlappengegend epileptische Anfälle und psychische Störungen: anfangs schwerer **ängstlicher Erregungszustand** mit **depressiven Wahn**- und Beziehungsideen, danach **Gehörshalluzinationen** vorzugsweise anklagenden Inhalts auf. **Heilig** sucht einen organischen Zusammenhang der Psychose mit Rindenreizung im Bereich der Hörsphäre und Zirkulationsstörungen im Gehirn abzuleiten.

Stelzner schildert einen **posttraumatischen Dämmerzustand**, kompliziert durch „mikrostrukturelle" Veränderungen des Zentralnervensystems nach Lawinenverschüttung. Sie betont übrigens die Seltenheit retrograder Amnesie nach solchen Vorkommnissen. Manche Fälle unternahmen während der Verschüttung zweckmäßige Handlungen zu ihrer Rettung.

Hübner erwähnt zwei Fälle, in denen die postkommotionellen Störungen vorübergehend die Erscheinungen einer alten traumatischen Neurose bzw. konstitutionellen Neuropsychose verdeckten. Nach ihm können übrigens funktionelle Störungen vorübergehend einem amnestischen Symptomenkomplex ähnlich sehen.

Bezüglich des Verhältnisses von **Kopfverletzungen** und **Psychogenie** sei schließlich noch erwähnt, daß nach **Voss** unter den schweren Fällen von Schädelverletzungen nicht wenige in genau der gleichen Weise ihre subjektiven Beschwerden äußerten wie ihre leicht verletzten Kameraden, und daß nach **Reichmann** nur wenig Kopfschußverletzte ganz frei von psychogenen Symptomen waren.

Krieg und Krankheitsgestaltung.

Gesondert mögen hier noch einzelne Erfahrungen **Stieflers** an Psychosen zusammengestellt werden, da sein Material die denkbar günstigsten Bedingungen für die Beantwortung der in der Überschrift angedeuteten Fragen bietet. Es sind im Kriegsgebiet verbliebene, klinisch in diesem beobachtete Fälle, die allen körperlichen und psychischen Noxen des Kriegsmilieus und den zahlreichen Wechselfällen einer im Kampfbereich gelegenen Festungsbelagerung — Beschießung, Entsetzung, Ausfälle, Übergabe, Verbleib in Feindeshand — ausgesetzt gewesen waren. Das Ergebnis ist allerdings relativ spärlich und bezeichnend für die doch verhältnismäßig niedrig einzuschätzende pathologische Bedeutung psychischer Einflüsse. Die **Imbezillen** blieben ohne Beeinflussung durch die Kriegsereignisse und ohne Reaktionen auf ihre Wechselfälle. Auch bei den einzelnen Erregungszuständen kam eine Kriegsfärbung nicht zum Ausdruck. Dementsprechend kamen auch nur vereinzelt psychogene Psychosen auf oligophrener Grundlage (im Anschluß an Granatexplosionen) vor. Auch die **Schizophrenien** nahmen an den Kriegsereignissen zumeist keinen inneren Anteil, auch eine

Kriegsfärbung trat bei ihnen nur vereinzelt hervor. Bei den manischen Kranken waren inhaltliche Beziehungen zu den Kriegsereignissen und dem soldatischen Beruf zu erkennen. Bei den depressiven Formen des manisch-depressiven Irreseins waren dagegen die Kriegs- und militärischen Motive in der inhaltlichen Gestaltung der Psychose meist wenig wirksam. Häufiger bezog sich der Kleinheitswahn auf persönliche, familiäre Verhältnisse. Die reinen Melancholien verhielten sich der gefährlichen Belagerungssituation gegenüber vollkommen refraktär, wie sich überhaupt nur ausnahmsweise bei den Manisch-Depressiven eine Einwirkung durch besondere erregende Tagesereignisse (Beschießung, Fall der Festung) beobachten ließ. Bei Alkoholdeliranten ebenso wie bei Alkoholhalluzinosen war fast durchweg Kriegsfärbung im Inhalt vorhanden, wenn sie auch nie das Bild allein beherrschte. Epileptische Verstimmungen zeigten keine Kriegsfärbung, auch im Inhalt der Dämmerzustände trat sie gewöhnlich zurück. Ebensowenig ließ sie sich bei Paralysen mit Ausnahme einiger weniger durchweg initialer Fälle und weitgehender Remissionen erkennen. Im allgemeinen fehlte diesen jedes Interesse für die Kriegserlebnisse und selbst den Frühformen mangelte Verständnis und Gefühlsbetonung gegenüber der Kriegssituation. Die vorgeschrittenen Fälle blieben natürlich ganz unberührt von den Kriegsgeschehnissen.

Was Sirinski über die Nachwirkungen des vieltägigen Bombardements einer russisch-polnischen Irrenanstalt an deren Insassen auf Grund einer 10 Monate später erfolgten Befragung berichtet, ist — wenigstens dem Referat nach — nicht gerade sehr charakteristisch. Bei Imbezillen vereinzelte eng begrenzte Reminiszenzen ohne Angabe von Zeit und Dauer, bei Epileptikern trotz Dämmerzuständen relativ genaue Zeit- und Dauerangaben, bei Schizophrenen verschiedenartige und barocke Reminiszenzen, bei Paranoikern vom Inhalte der Halluzinationen abhängige Erinnerungen, bei hysterischen und manisch-depressiven Psychosen die genauesten Angaben.

Forensisch-Psychiatrisches und sonstiges Gutachtliches.

In Weygandts kriegsforensischem Begutachtungsmaterial waren unter den Fahnenflüchtigen Schwachsinnige, Psychopathen, Epileptiker, Hysteriker, alkoholische und schizophrene Störungen vertreten. Bei den Epileptischen spielte mehrfach Alkohol eine Rolle, einmal lag ausgesprochene Dipsomanie vor. Bei den Schwachsinnigen bestand einmal Komplikation mit einem Dämmerzustand, einer Art Doppelbewußtsein und Konfabulationen, einmal impulsiver Schwachsinn, einmal Alkoholkomplikation. Bei den Psychopathen lag vielfach Kombination mit anderen Delikten vor. Bei dem einen, der auch des Kriegsverrats angeklagt war, ließ sich eine Charakterverschlechterung infolge Verschüttung annehmen. Unter den alkoholischen Störungen zeigte einer, der sich mehrfach entfernt hatte, paranoide Eifersuchtsideen. Sonst fand sich unter den Fahnenflüchtigen noch eine Schreckneurose mit leicht hysterischen Zügen und geringem Schwachsinn, eine Depression mit Suicidneigung und Hirnluesfälle.

Die der Vergehen gegen die militärische Disziplin Angeklagten, die 28% der Gesamtfälle ausmachten, boten gleichfalls oft Komplikationen mit anderen Delikten. Auch unter ihnen waren die verschiedensten Störungen, Paralyse, Schizophrenie, Epilepsie, Hysterie, Psychopathie mit querulatorischen Zügen, pathologische Affekte (als deren Ursache Weygandt auch die psychischen Einwirkungen langfristigen Frontdienstes in Betracht zieht), Alkoholparanoia und sonstige Alkoholstörungen usw. vertreten. Eine Gehorsamsverweigerung aus Gewissensbissen betraf einen leicht psychopathischen Adventisten, der schon als Krankenpfleger im Felde war. 6,4% machten Sexualdelikte verschiedenster Art aus, die meist auf der Basis psychischer Minderwertigkeit, in der Hälfte unter Alkoholeinfluß auftraten. Sie wurden meist für zurechnungsfähig erklärt. In 3,2% lag Betrug und Unterschlagung vor, beteiligt waren daran verschiedenartige Störungen, in 4% Totschlag und Körperverletzung, darunter ein alkoholischer Eifersuchtswahn. Alkoholbeteiligung überhaupt bestand in 36% der Fälle. Das forensische Endergebnis war in 32% Unzurechnungsfähigkeit, in 37,6% geminderte, in 13,6% volle Zurechnungsfähigkeit.

Von sonstigen Einzelfällen Weygandts sei erwähnt ein hysteroider Pseudologe, der nach abenteuerlichem Vorleben freiwillig bei Kriegsbeginn ins Heer getreten, sich durch forsches Draufgängertum ausgezeichnet und auf Urlaub Hochstapeleien verübt hatte; ein Debiler, der bereits ein Gefecht mitgemacht hatte, nachher aus Angst den nächtlichen Postendienst im Felde verweigerte und wegen Feigheit angeklagt war. Fälle von Wachvergehen, die meist sehr geringen Befund boten, darunter ein schwerer Alkoholist und ein Haltloser, ein Fall von Selbstverstümmlung, bei dem nur eine gewisse geistige und körperliche Minderwertigkeit vorlag, aber der Einfluß einer heftigen Beschießung noch in Betracht kam. Bei Aufruhr handelte es sich einmal um einen Alkoholisten, einmal um einen normalen kriegsgefangenen Arzt.

Pönitz' schon im letzten Bericht erwähnte psychiatrische Verarbeitung der Fälle von Fahnenflucht und unerlaubter Entfernung läßt deren bedeutenden Anteil an der sehr großen Gesamtzahl der kriegsgerichtlich überwiesenen Fälle erkennen (60%, darunter auch „ausgesprochen“ geistesgesunde). Das Heimwehmotiv war anscheinend etwas häufiger bei Verheirateten als Unverheirateten, bezog sich auch mehr auf die Familie als das Heimatsmilieu. In einigen Fällen kamen wesensfremde Umgebung — süddeutsches und norddeutsches Regiment — in Betracht. Psychologisch von Interesse ist das wiederholt erwiesene Motiv der nicht unbegründeten Eifersucht von Familienvätern. (Der eine hatte wochenlang heimliche Bahnreisen zur Beaufsichtigung der Ehefrau gemacht. Nach der Fest nahme verfiel er übrigens in einen hysterischen Stupor.) Unter den Fahnenflüchtigen, die ins Feld zu kommen suchten, fand sich ein von jeher unsozialer Arbeitssoldat, der in Fürsorge davongelaufen, zur See gegangen, bereits im Frieden nach Mißhandlung eines Vorgesetzten fahnenflüchtig geworden war und nun nach Kriegsbeginn aus Abenteurerlust trotz großer Schwierigkeiten aus Spanien zurückgekehrt war. Es handelte sich um einen affektiv reiz-

baren, dabei lenksamen Menschen mit infantilem Gemütsleben, der übrigens in Untersuchungshaft ein Suicid verübt, und infolge tätlicher Angriffe auf Wachpersonal im Gefängnis sehr gefürchtet war. Religiöse und politische Motive zur Kriegsdienstentziehung spielten in keinem Falle eine Rolle. Wo Entfernung von der Truppe aus Unzufriedenheit oder Unlust vorlag, handelte es sich fast stets um etwas intellektuell und moralisch Minderwertige, meist mit Zivilvorstrafen und militärischen Disziplinarstrafen. Oft kam Wiederholung der Fahnenflucht vor. Unter den Fällen mit ausgeprägter Unlust fanden sich übrigens auch zwei homosexuelle, von denen der eine aus Angst vor der Artilleriebeschießung aus dem Gefecht gelaufen war und später deutlich erworbene Neurasthenie bot. Überhaupt handelte es sich bei den nachweislich im Felde Weggelaufenen fast nur um Neurastheniker und Schwachsinnige.

Bemerkenswert ist auch sonst in sozialer Hinsicht, daß von den Fahnenflüchtigen mit psychologisch verständlichen Motiven mindestens die Hälfte früher mit dem Strafgesetze in Konflikt gekommen und auch von der übrigen Hälfte der größte Teil ausgesprochen moralisch minderwertig war. Es spricht dies meines Erachtens für einen engen Zusammenhang zwischen Milieu-Anpassungsunfähigkeit und moralischer Minderwertigkeit, wie er sich schon in den Friedenserfahrungen an militärischen Delinquenten charakteristisch kundgab.

Von den psychotischen Fahnenflüchtigen sei noch kurz ein seit langen Jahren kranker Katatoniker erwähnt, der unter schwindelhaftem Telegramm, die Mutter sei gestorben, Nachurlaub erlogen hatte.

v. Maiendorff weist auf die Schwierigkeit der Entscheidung der Zurechnungsfähigkeit bei Individuen mit krankhaftem Affektleben hin, die im Feuer einfach den Kopf verlieren und triebartig davonlaufen. Pönitz hält die Anwendung des § 51 StGB. bei einzelnen Psychopathen, die aus Feigheit weglaufen, für berechtigt. Hübner hat speziell in Fällen, wo ein psychogener Krankheitszustand zur Zeit der Tat in Frage kam, z. B. kurz nach Verschüttungen, die Zurechnungsfähigkeit zwar für die ersten Tage der Entfernung, aber nicht für die spätere Zeit bezweifelt. Im übrigen betont er mit Recht die Schwierigkeit des psychologischen Nachweises der Absicht dauernder Dienstpflichtentziehung i. S. § 69 MStG. (Fahnenflucht) gerade bei Grenzzuständen.

Gaupp weist auf Grund der Erfahrungen an zwei eigenen Fällen, Angehörigen der Vereinigung internationaler Bibelforscher, auf die häufig irrtümliche Beurteilung der militärischen Dienstverweigerung aus religiösen (sektiererischen) Gründen hin. Es handelte sich um Fälle, die eine zwar abnorme, aber nicht psychotische Überwertigkeit der religiösen Überzeugung darboten, ohne daß von primärer Wahnbildung u. dgl. und damit von Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit die Rede sein konnte. Ich muß sagen, daß mir die psychiatrisch-forensische Stellungnahme gerade Fällen dieser Art gegenüber, mit denen man sich ja auch im Frieden gelegentlich auseinanderzusetzen hat, stets besonders heikel erschien. Die tatsächlich bestehende Unfähigkeit zu einer wirklichen Einsicht in ihr Unrecht und, damit Hand in Hand gehend, die Unfähigkeit

zu einsichtsvollem Handeln auf diesem besonderen Gebiete, bringt sie praktisch doch in recht bedenkliche Nähe der echten Wahnkranken.

Schließlich noch Kasuistik. Hübnersche Fälle: Eine erworbene Dipsomanie nach mehreren schweren Verwundungen, auch solchen des Kopfes; alle sechs bis acht Wochen dipsomanische Phasen von mehrtägiger Dauer mit initialem Krampfanfall und Entfernung von der Truppe. — Fall von Selbstverstümmlung: Verwundung beim Patrouillengang, um E. K. I zu bekommen; im Anschluß daran allgemeine nervöse Erscheinungen und hysterischer Dämmerzustand, der zur Entfernung von der Front bis nach Bonn führte. Ein weiterer Fall: schwer Degenerierter mit starker ethischer Depravation, bot artifizielle Beingeschwüre. Ein Fall, der wiederholt versuchte, durch Fahrt an die Front sich dem aktiven Regiment anzuschließen, halluzinierte in der Klinik. Initiale Schizophrenie lag dabei nicht vor. Ein Fall mit komplizierter Sexualperversion (Homosexualität, Masochismus, Koprophagie und [Schwarze-] Farbenfetischismus) verstieß gegen § 175 StGB., nachdem er im Felde körperlich heruntergekommen und seine Sexualperversion sich gesteigert hatte. — Ein Fall mit psychisch-nervösen Störungen nach Verschüttung hatte sich angeblich infolge enormer Geräuschfurcht von der Truppe entfernt. Die Fälle, in denen es bei jugendlichen Leuten unter dem Einfluß der Ausbildung zu nervösen Beschwerden, tiefer Depression mit hochgradiger Abneigung gegen den militärischen Druck und infolgedessen zum Entlaufen kam, werden von Hübner nicht weiter klinisch gruppiert. Nach der Schilderung wird man wohl psychogene Störungen annehmen dürfen.

Fälle von Friedländer: Alkoholischer Dämmerzustand mit retrograder Amnesie: Offizier, der nach einer Festlichkeit sich in sein Quartier begibt, in eine fremde Wohnung eindringt und sich dort einer ihm unbekannten Dame zärtlich nähert. — Angstbetonte Affekthandlung eines Psychopathen: junger Kriegsfreiwilliger, der schon mehrere Tage sehr scheu und ängstlich war, heimlich das Lazarett verließ und sich planlos herumtrieb. — Weiter ein diagnostisch nicht gesicherter Fall eines jungen Freiwilligen, der einen poriomanischen Zustand bekam, auf Tier und Menschen schoß, nach der Festnahme in tiefen Schlaf verfiel und verwirrt und mit Amnesie erwachte. — Offizier, der nach schweren Feldzugsanstrengungen unter dem Einfluß plötzlich aufgetretener Verfolgungsideen in sinnloser Wut mit dem Säbel auf Untergebene losging, nach mehrtägiger Bettruhe völlig klar und mit erhaltener Erinnerung aus tiefem Schlaf erwachte (von Friedländer als schwerer Erschöpfungszustand aufgefaßt). — Pseudologe, der im besetzten Gebiet ausführlich über einen Überfall durch einen Zivilisten berichtete, dabei Messerstichspuren und eigene leichte Verletzungen aufwies und nachher einen schweren epileptischen Anfall mit nachträglicher totaler Amnesie hatte.

Fall von Stelzner: Hysterischer Schwindler mit Vortäuschung von Dämmerzuständen als Spezialität, der wegen Desertion und eines verratsverdächtigen Briefes forensisch geworden war.

Forster führt einen bestraften Fall von echter Simulation und einen Hysterischen mit Selbstverstümmlung an.

Voss weist ganz allgemein auf die durch die starke Vermehrung der Neurotiker gegebenen, im Hinblick auf ihre übermäßige affektive Erregbarkeit und Hemmungslosigkeit erhöhten sozialen Gefahren hin, denen gegenüber er eine zielbewußte, zweckentsprechende, auf soziale Erziehung hinarbeitende forensische Stellungnahme mit Anerkennung der Zurechnungsfähigkeit für im Affekt begangene Delikte fordert. —

Auf die Frage der Dienstfähigkeit und Dienstbeschädigung näher einzugehen, erübrigt sich nach den ausführlichen Angaben des letzten Berichtes, da die Anschauungen sich im Prinzip nicht wesentlich verschoben haben, wenn sie auch nicht ganze inheitlich sind. Im einzelnen ist auf Gaupp, Bonhoeffer, Stier u. a. in den Vorträgen über die militärärztliche Sachverständigentätigkeit (herausgegeben von Adam. Fischer, Jena 1917) zu verweisen. Über die Verstümmlungsfrage orientiert speziell noch Gaupp in anderem Zusammenhang. Auf die militärärztliche Beurteilung geht auch Stieflers im übrigen klinisch gehaltene Arbeit ein.

Daß nervöse und auch psychische Störungen der vollen Arbeitsfähigkeit ja auch dem Arbeitsversuch der nach erfolgreicher Heilbehandlung Entlassenen gelegentlich noch entgegenstehen, scheint aus Nonnes (auch Hübners) Darlegungen hervorzugehen.

Literaturverzeichnis.

Albu, Krieg und Diabetes. Kriegsärztl. Abende in Berlin am 13. 3. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 19.

Alexander, Myxödem als Kriegsdienstbeschädigung. Med. Klin. **17**, Nr. 37.

Andernach, Kurzer Beitrag zur Behandlung der hysterischen Kriegsreaktionen. Münch. med. Wochenschr. 1917, 32.

—, Psychogen bedingte Ausfallerscheinungen nach Kopfverletzungen. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 49.

Aschaffenburg, Die Pseudologia phantastica im Kriege. Vortr. auf d. Jahresversamml. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Archiv f. Psychiatrie **57**, H. 3.

Aschoff, Die plötzlichen Todesfälle vom Standpunkt der Dienstbeschädigung. Die militärärztl. Sachverständigen-Tätigkeit usw. Jena 1917, Bd. II.

Auerbach, Zur Erkennung der Simulation von Schwerhörigkeit und Taubheit. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 23, 24.

Bär, Akut auftretender Morbus Basedow im Felde. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. **59**.

Barth, Die psychogenen Lähmungen der Stimme, Sprache und des Gehörs. Med. Klin. 1917, Nr. 51.

Bettmann, Psychogene Stumpfgymnastik. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 19.

Beyer, Die Heilung des Zitterns und anderer nervöser Bewegungsstörungen. Aus „Amtl. Mitt. d. Landesversicherungsanstalt d. Rheinprovinz 1917. Psych.-neurol. Wochenschrift 1917, Nr. 35, 36.

Binswanger-Schaxel, Beiträge zur normalen u. pathol. Anatomie d. Arterien d. Gehirns. Archiv f. Psychiatrie **58**.

Binswanger, L., Über Kommotionspsychosen und Verwandtes. Vortr. auf d. Vers. d. Schweizer neurol. Gesellsch. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1917, Nr. 42.

Birnbaum, Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **41**, H. 6.

Blencke, Die Beziehungen der Schüttelerkrankung zur Insufficientia vertebrae. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 28.
— Hysterische Schüttelerkrankung u. Insufficientia vertebrae. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 23.
Blum, Kriegserfahrungen über die Harninkontinenz der Soldaten. Wiener klin. Wochenschr. 1917, Nr. 33, 34.
Boas, Zur forensischen Bedeutung der genuinen Narkolepsie. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1917, Nr. 23.
Böhmig, Diskussionsbemerkungen. Ref. Archiv f. Psych. 57, H. 2.
Bonhoeffer, Granatfernwirkung und Kriegshysterie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 41, H. 6.
— Über die Abnahme des Alkoholismus im Kriege. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 42, H. 1.
— Diskussion d. Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 24.
Boruttau, Todesfälle durch therapeutische Wechselstromanwendung und deren Verhütung. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 26.
Borström, Neurologisch-psychologische Fronterfahrungen eines Truppenarztes. Med. Klin. 1917, Nr. 50.
Brandes, Hyperalgetische Zonen bei Schädelschüssen im Kriege. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 45.
Bumbke, Diskussion z. Vortr. Mann. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 22.
Bruns, Die Herzen und Herzkrankheiten unserer Soldaten. Med. Klin. 1917, Nr.51.
— Disk. z. Vortr. Heintze. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 30.
Cimbal, Die Zweck- und Abwehrneurosen als sozialpsychologische Entwicklungsformen der Nervosität. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 37, H. 5.
Collatz, Magen- und Darmkrankheiten im Lazarett. Fortschritte d. Med. 1917, Nr. 28.
Crämer, Magenkrankheiten und Krieg. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 34.
Donath, Hysterische Taubstummheit mit katatonischen Erscheinungen nach Hirnerschütterung (Kommotionsneurosen). Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 23.
Düwell, Vom inneren Gesicht des Krieges. Beiträge zur Psychologie und Soziologie. Jena, Diederichs 1917. 156 S. (Inhalt: Organisation im Heereswesen; Die moderne Kriegsmaschine; Kriegsstimmung; Der Soldat auf dem Schlachtfelde und im Feuer; Helden im Felde; Selbstbewußtsein; Kriegskameradschaft; Stimmungen und Hoffnungen; Heimatliebe; Hinter der Front; Front und Etappensoldaten; Russische Gefangene; Der Offizier; Die Zivilbevölkerung; Religiöse Stimmungen.) Manches Beachtliche.
Engelen, Zur Objektivierung nervöser Zustände. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1917, Nr. 10.
Engelmann, Disk. z. Vortr. Cimbal. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 25.
Elschnig, Konvergenzkrämpfe und intermittierender Nystagmus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 58. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. 14, H. 5.
Falta, Empfindungsstörungen bei Labyrintherschütterungen nach Granatexplosionen. Med. Klin. 1917, Nr. 49.
Ferenczi, Über zwei Typen von Kriegsneurosen. Internat. Zeitschr. f. ärztl. Psychoanalyse 4, H. 3.
Finder, Habituelle Kloßsprache. Laryngol. Ges. zu Berlin 30. 3. 19. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 45.
Fischel, Alopecia totalis nach psychischem Trauma. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 5. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 17.
Flath, Etwas über die Kriegszitterer. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 40.
Forster, Zur Behandlung der Kriegszitterer. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 34.
— Hysterische Reaktion und Simulation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 52, H. 5, 6.
Freudenberg, Beitrag zur Kaufmannschen Behandlung der Kriegsneurosen Reichsmedizinalanzeiger 1917, H. 17.
Freund, Disk. z. Vortr. Mann. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 22.

Friedländer, Kriegsmedizinische und -psychologische Bemerkungen. Monatsschrift f. Psych. **41**, H. 5.
— Medizin und Krieg. Wiesbaden 1916.
Fröschels, Zur Frage der Entstehung des tonischen Stottern und zur Frage der Wirkungslosigkeit des elektrischen Stromes in den meisten Fällen von Stottern. Med. Klin. 1917, Nr. 16.
— Beurteilung von Paresen. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 37.
Fuchs, Die drei ersten Monate der neurologischen Militärabteilung für Kopfverletzte. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 28.
Gaupp, Der Begriff der überstandenen oder noch bestehenden Geisteskrankheit nach Anlage 1 U 15 und die Frage der Dienstbeschädigung und Versorgung der Geisteskranken im Heere. Württemberger med. Korrespondenzbl. 1917.
— Die Frage der Verstümmelung bei den Nervenkranken und Nervenverletzten. Militärärztl. Fortbildungsvortr. Stuttgart am 14. IV. 17. Württembergisches ärztl. Korrespondenzbl. 1917.
— Die Nervenkranken des Krieges, ihre Beurteilung u. Behandlung. Ein Wort zur Aufklärung und Mahnung an weite Kreise unseres Volkes. Vortr. Stuttgart 1917.
— Die gerichtsärztliche Beurteilung aus religiösen Gründen. Vortrag im med.-naturwissenschaftl. Ver. Tübingen am 29. I. 17. Ref. Münch. med. Wochenschrift 1917, Nr. 29.
Göhre, Front und Heimat. Religiöses, Politisches, Sexuelles aus dem Schützengraben. Jena, Diederichs 1917.
Gildemeister, Über die Gefahr elektrischer Starkströme, insbesondere Sinusoidalströme. Vortr. auf d. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **14**, H. 5.
Goldstein, Über die Behandlung der Kriegshysteriker. Med. Klin. 1917, Nr. 28.
— Über die Behandlung der Hysterie der Soldaten. Vortr. im ärztl. Ver. in Frankfurt am 18. XII. 16. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 16. (Diskussion).
— Militärische Suggestionstherapie der funktionellen Neurosen im Feldlazarett. Therap. d. Gegenw. 58, H. 9.
Grund, Über Grenzen u. Ziele der Lazarettbehandlung bei Nervenkrankheiten u. Verletzungen. Vortr. auf d. med. Ges. zu Magdeburg am 9. XI. 15. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 14.
Grünebaum, Zur Frage der Entstehung von Kriegsamenorrhöe. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 40.
Gutzeit, Körperliche Symptome bei der Kriegshysterie. Münch. med. Wochenschrift 1917, Nr. 41.
Habermann, Artifizielle Hauterkrankungen bei Hysterikern. Jahresvers. d. Ges. deutscher Nervenärzte in Bonn am 28. IX. 17. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 20.
Hahn, Dienstbeschädigung bei Paralyse. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 35.
— Beeinflußt der Krieg den Einfluß und Verlauf der Paralyse. Vortr. auf d. Jahresvers. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. 14, H. 5.
— Die militärärztliche Bewertung der isolierten Pupillenstarre. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 29.
Happich, Disk. z. Vortr. Hellpach. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51.
Hauptmann, Über Epilepsie im Lichte der Kriegserfahrungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **36**, H. 3/4.
— Zur Frage der Nervenlues, speziell über den Einfluß exogener Momente auf die Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **42**, H. 6.
Heintze, Über die Suggestionsbehandlung hysterischer Kriegserscheinungen in der Hypnose. Med. Sekt. d. schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur in Breslau am 9. 3. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 30.
Hellpach, Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken. Med. Klin. 1917, Nr. 48.
— Über die einfache Kriegsneurasthenie. Vortr. im naturwissenschaftl. med. Ver. Heidelberg. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917, Nr. 51.

Heilig, Epilepsie u. affektive Psychose nach Hirnverletzung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **37**, H. 1, 2.

Henneberg, Über Aggravation und Simulation. Vortr. in der Berl. Gesellsch. f. Psychiatrie u. Neurol. am 9. VII. 17. Ref. Neurol. Centralbl. 1917, Nr. 18, 24.

— Disk. z. Vortr. Bonhoeffer. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 13.

Hennig, Suggestion und Phrase im Weltkrieg. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol. **7**, H. 2, 3.

Herschmann, Auslösung epileptischer Anfälle durch Faradisation. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25.

Hessbrügge, Hervorragende Wirkung der Abfindung eines nervösen Unfallverletzten. Äuztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 10.

Hirschfeld, Zur Behandlung der Kriegszitterer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25.

— Zur Behandlung der Kriegszitterer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40.

— Bemerkungen zur Psychotherapie der hysterischen Blindheit. Med. Klin. Nr. 13.

— Bemerkungen zur Therapie der hysterischen Taubheit. Med. Klin. Nr. 33.

Hirschlaff, Gibt es eine Fliegerkrankheit? Vortr. im Ver. f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg am 5. XI. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49.

Hirt, Über die Enuresis der Soldaten. Vortr. in der med. Sektion d. schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur am 18. I. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23.

Hoche, Beobachtungen bei Fliegerangriffen. Vortr. auf d. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.

Homburger, Disk. z. Vortr. Hellpach. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51.

Hörmann, Traumatische Neurosen bei Kriegsgefangenen. Med. Klin. 1917, Nr. 26.

Hübner, Über Kriegs- und Unfallpsychosen. Archiv f. Psych. **58**.

— Die strafrechtliche Begutachtung Heeresangehöriger. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1917, Nr. 11, 12.

— Ein Fall von Homosexualität, kombiniert mit Masochismus, Koprophagie u. Farbenfetischismus. Neurol. Centralbl. Nr. 15.

Jellineck, Hysterische Harnverhaltung. Ref. Wiener klin. Wochenschr.

— Blitzschlagverletzungen als Kriegsbeschädigung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3.

— Der hysterische Spitzfuß. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45.

Jendrassik, Zur Diskussion über die Neurosenfragen. Theorie der Hysterie und Neurasthenie. Neurol. Centralbl. Nr. 23.

Imboden, Das Neurosenproblem im Lichte der Kriegsneurologie. Schweizer ärztl. Korrespondenzbl. Nr. 34.

Jolowitz, Kriegsneurose im Felde. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **36**.

Isserlin, Psychische u. nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Abhandlungen aus d. Gesamtgebiet d. prakt. Med. **16**, H. 10, 11.

Kafka, Hysterischer Dämmerzustand. Ärztl. Ver. in Hamburg, 27. II. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11.

— Neurol. Centralbl. Nr. 12.

— Über die Bedeutung neuer Blut- u. Liquorreaktionen für die Beurteilung u. Behandlung nervenkranker Kriegsteilnehmer. Vortr. auf d. Vers. norddeutscher Psychiater u. Neurologen in Hamburg, am 16. VI. 17. Münch. med. Wochenschr. Nr. 42.

Kalmus, Die aktive Behandlung der Kriegsneurosen. Vortr. im Ver. f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg am 19. III. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27.

Kämmerer und Molitor, Blutdruckstudien an Feldsoldaten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26.

Kauffmann, Zur Behandlung der motorischen Kriegsneurosen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 47.

— Bemerkungen zur Therapie der Kriegsneurosen. Vortr. auf d. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.

Kausch, Flüchtlingsneurosen. Deutsche Revue, Jahrg. 40, H. 12.

Käss, 55 behandelte Fälle von hysterischer Stimmlosigkeit u. Stummheit bei Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.

Kehrer, Über seelisch bedingte Hör- und Sehausfälle bei Soldaten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38.

Kehrer, Psychogene Störungen des Auges und Gehörs. Archiv f. Psychiatrie 38.
Kirchgässer, Kriegsärztl. Abende in Koblenz am 18. I. 17. Ref. Med. Klin. Nr. 15.
Kehrer, Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 36, H. 1, 2.
Klauber, Simulation und Aggravation zentraler Skotome. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 37.
Knack, Kampfgasvergiftungen. Ärztl. Verein in Hamburg am 19. VI. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37.
Knopf, Funktionelle Gangverletzung durch Schußverletzung der Scheitelgegend. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38.
Kohlhaas, Vorzeitige Arterienveränderungen beim Feldheer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37.
Kohnstamm, Über das Krankheitsbild der retro-anterograden Amnesie und die Unterscheidung des spontanen u. lernenden Merkens. Monatsschr. f. Psych. 41, Hf. 6.
— Die Sejunktionshysterie der Kriegsteilnehmer. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47.
Koschel, Ärztliche Beobachtungen bei einem Absprung aus dem Fallschirm. Med. Klin. Nr. 40.
Kretschmann, Über die Behandlung stimm- und sprachkranker Kriegsteilnehmer. Fortschritte d. Med. Nr. 23.
Kretschmer, Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 37.
— Hysterische Behandlung im Dunkelzimmer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25.
Krisch, Die Behandlung der Kriegsneurosen. Ärztl. med. Ver. in Greifswald. am 13. 7. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46.
Kümmel, Beurteilung und Behandlung funktioneller Hörstörungen. Vortr. in der naturwissenschaftl. med. Gesellsch. Heidelberg am 23. X. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 51.
Leeser siehe Rieder.
Leppmann, Disk. zum Vortr. Bonhoeffer. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 13.
— Disk. zum Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 24.
Lewandowsky, Was kann in der Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen erreicht werden? Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 31.
— Zur Behandlung der Zitterer. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
— Disk. zum Vortr. Oppenheim. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 8.
Liebermeister, Über die Behandlung von Kriegsneurosen. Samml. zwangl. Abhandlung 11, H. 7.
— und Siegerist, Über eine Neurosenepidemie in einem Kriegsgefangenenlager. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 37, H. 3/4.
Liepmann, Disk. z. Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 24.
Lissau, Beitrag zur Behandlung von Erschöpfungszuständen bei Kriegsmaroden und Verletzten. Wiener med. Wochenschr. Nr. 10.
Löwenfeld, Die Suggestion und ihre Bedeutung im Weltkrieg. Wiesbaden, Bergmann 1917.
Lukacs, Konstitution und Krieg. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10, 11.
v. Maiendorf, Über Paraplegien nach Schädelschüssen. Kriegstagung mitteldeutscher Psychiater in Dresden am 6. I. 17. Ref. Archiv f. Psych. 57, 2; auch Münch. med. Wochenschr. Nr. 21.
— Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern und die introspektiv-psychologische Richtung in der Neurologie überhaupt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.
— Disk. zum Vortr. Pönitz. Ref. Archiv f. Psych. 57, 2.
— Diskussion zu den Kriegsneurosenvorträgen. Ref. Archiv f. Psych. 57, 2.
Marage, Arterielle Gefäßspannung bei Kriegstaubheit. Ref. Münch. med. Wochenschrift Nr. 21.
Marburg, Über die durch die Kriegserfahrungen bedingten Fortschritte in der Neurologie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Maiheft 1917.
— Die Kriegsverletzungen des Zentralnervensystems, siehe Weygandt.

Mann, Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
Magnus-Levy, Disk. zum Vortr. Bonhoeffer. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 13.
Mayer, Störungen der weiblichen Sexualfunktionen durch psychische Traumen. Vortr. im med. naturwissenschaftl. Ver. Tübingen am 19. II. 17. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30.
Meyer, E., Kriegsdienstbeschädigung bei Neurosen u. Psychosen. Archiv f. Psych. Nr. 33.
— M., Die Behandlungsmethode hysterischer Bewegungsstörungen bei Kriegsneurosen. Therap. Monatshefte Nr. 6.
Moeli, Disk. zum Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 24.
— Disk. zu den Kriegsneurosenvorträgen. Ref. Archiv f. Psych. **57**, H. 2.
Möller, Disk. zum Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 18.
Mörchen, Der Hysteriebegriff bei den Kriegsneurosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51.
— Disk. zu den Referaten über periphere Lähmungen auf Grund der Kriegsbeobachtungen. Jahresvers. deutscher Nervenärzte in Bonn. Ref. Neurol. Centralblatt Nr. 19.
Mohr, Aus der Praxis der Psychotherapie. Vortr. im Ver. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.
Muck, Beitrag zur Diagnose u. Therapie der Emotionstaubheit. Med. Klin. Nr. 35.
— Beitrag zur Symptomatologie u. Therapie der funktionellen Stimmstörungen im Kriege. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. **15**.
Müller, F., Konstitution u. Dienstbrauchbarkeit. Ärztl. Ver. in München 1917. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1917.
— O., Konstitution u. Kriegsdienst. Med. Klin. Nr. 15.
— — Disk. zum Vortr. Mayer. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30.
Munk, Bedeutung u. Behandlung der Blasenleiden im Felde. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15.
Oehmen, Die Heilung der hysterischen Erscheinungen in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15.
Ollendorf, Die Wachsuggestion im Dienste der Bekämpfung der traumatischen Neurosen. Ein Beitrag zur Behandlung der psychogenen Störungen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 9.
— Turnen in der Behandlung der psychogen bewegungsgestörten Soldaten. Med. Klin. Nr. 28.
Oppenheim, Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin, Karger 1917 (auch Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49).
— Kurze Bemerkung zum Vortrag Schröter: „Geheilte Kriegsneurose". Berl. Gesellsch. f. Psych. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 8.
Oppenheim, K., Zur Behandlung des Zitterns. Neurol. Centralbl. Nr. 15.
Nassauer, Kriegsschnellgeburten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29.
Nadoleczny, Über organische und funktionelle Stimmstörungen im Heeresdienste. Ärztl. Ver. München am 24. X. 17. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.
Neu, Über zwei bemerkenswerte Fälle von funktioneller Neurose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35.
Neumann, Zur Beurteilung der Dienstfähigkeit auf Grund der Kriegserfahrungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49.
Neutra, Zur Psychologie der Prothesen. Med. Klin. Nr. 47.
— Die Hemmungstendenz der Armbewegung als Symptom beim hysterischen und simulierten Hinken. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
— Die Hypnose als diagnostisches Hilfsmittel zwischen Hysterie und Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 38.
Nissl, Disk. zum Vortr. Hellpach. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51.
Nöggerath, Kriegstagung der Gesellschaft f. Kinderheilkunde in Leipzig am 22. 9. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42.
Nonne, Zur Suggestivbehandlung der motorischen Psychoneurosen bei Soldaten. Erfahrungen an 230 geheilten Fällen. Versamml. südwestdeutscher Psychiater in Baden-Baden. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 17.

Nonne, Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der Hysterieformen. Störungen bei Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **37**.
Peretti, Erfahrungen über psychotische Zustände bei Kriegsteilnehmern. Schmidts Jahrbücher f. d. ges. Med. **325**.
Peritz, Disk. zum Vortr. Henneberg. Neurol. Centralbl. Nr. 18.
Perko, Die Kriegsschäden des Nervensystems und deren soziologische Bedeutung Wiener med. Wochenschr. Nr. 25.
Pfersdorf, Zur Symptomatologie der Kopfverletzungen. Versamml. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 17.
Pick, Über Simulation von Geschlechtskrankheiten. Med. Klin. Nr. 6.
— F., Über Sexualstörungen im Kriege. Vortr. im Ver. d. Älzte in Prag am 24. 3. 17. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45.
Plehn, Zur Kenntnis des nervösen Kriegsherzens. Münch. med. Wochenschr. Nr.51
Pönitz, Psychologie und Psychopathologie der Fahnenflucht im Kriege. Archiv f. Kriminologie **58**, H. 3/4.
Prümers, Zur Behandlung der Kriegshysteriker. Med. Klin. Nr. 44.
Räther, Neurosenheilung durch K.-Methode. Archiv f. Psych. **57**, 2.
— Über psychogene Ischias. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
— Über psychogene Versteifung der Wirbelsäule. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.
— Über psychogene Ischias, Rheumatismus und Wirbelsäulenerkrankungen. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.
Rautenberg, Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die Kriegspsychiatrie. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 23, 24.
Redlich, Disk. zum Vortr. Urbantschitsch. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11.
Reichmann, Fürsorge f. Kopfschußverletzte. Ver. f. wissenschaftl. Heilkunde am 8. 1. 17. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24.
Reuter, Epidemische und sporadische Tierkrankheiten im Kriege. Ergebnisse der Hygiene usw. Hrsg. v. Weichardt. Bd. II, 1917.
Rieder und Leeser, Über die Beurteilung und neuere Behandlung der psychomotorischen Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **35**, H. 5.
Rothe, Die stoische Philosophie als Mittel psychischer Beeinflussung von Stotterern. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **35**, H. 1, 2.
Rothfeld, Über die im Kriege erworbenen Blasenstörungen bei Soldaten. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43.
Ruhemann, Über einige bei Neurosen vorkommende Simulation und Übertreibung ausschließende Symptome. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. **21**, H. 9.
Runge, Über psychogene Entstehung der Neurosen und Psychosen. Med. Ges. in Kiel am 10. V. 17. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28.
v. Sarbó, Granatfernwirkung und Hysterie. Neurol. Centralbl. Nr. 9.
— Über Kriegsnervenschädigungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41, 42.
— Einige statistische Daten als Antwort auf die Ausstellung Curschmanns. Med. Klin. Nr. 30.
Sauer, Zur Analyse und Behandlung der Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **36**, H. 1, 2.
Schlössmann, Der Nervenschußschmerz. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **36**, H. 5.
Schröder, Geheilte Kriegsneurose. Berl. Gesellsch. f. Psych. am 12. II. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 6.
— Disk. zum Vortr. Oppenheim. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 8.
Schüller, Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21.
— Funktionelle Monoplegie im Anschluß an eine Commotio spinalis. Ver. f. Psych. u. Neurol. in Wien am 20.VI. 17. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. **14**, 5.
Schultz, Zur Klinik der Nachbehandlung Kopfverletzter. Monatsschr. f. Psych. **42**, H. 6.
Seiffert, Über funktionelle und organische Stimm- und Sprachstörungen bei Soldaten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26.

Sikkinger, Der Differenzierungsgedanke in seiner Anwendung auf die Genesenden-Kompagnie. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. u. experim. Pädag. **17**, H. 9. („Schonungs-“, „Vorbereitungs-“, „Exerzierabteilung“.)

Siegert, Kriegstagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Leipzig am 22. X. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42.

Simons, Knochen und Nerv (Kriegserfahrungen). Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **37**, H. 1/2.

Singer, Echte und Pseudonarkolepsie. (Hypnolepsie.) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **36**, H. 3/4.

— Heilung schwerster Fußcontractur. Berl. Gesellsch. f. Psych. am 9. VII. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 18.

— Disk. zum Vortr. Henneberg. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 18.

— Gastrospasmus totalis bei Hysterie. Gesellsch. f. inn. Med. in Wien am 29. III. 17. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. R. **15**, 21.

Siwinsk, Beobachtungen über das Verhalten der Geisteskranken bei durch intensiven Schreck hervorgerufenen Eindrücken. Gaz. lekarska 1916. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 22.

Stelzner, Erschöpfungspsychosen bei Kriegsteilnehmern. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.

Stern, Experimentelle Untersuchungen über die Assoziationen bei Gehirnverletzten. Archiv f. Psych. **57**, H. 3.

Stiefler, Über Psychosen und Neurosen im Kriege. Jahrbücher f. Psych. **37**.

— Über nervöse und psychische Störungen nach Granatexplosionen. Feldärztl. Blätter der k. u. k. II. Armee 1917, Nr. 22.

— Zur Frage der Frontdienstfähigkeit klinisch abgeheilter Prellschüsse des Rückenmarks. Feldärztl. Blätter der k. u. k. 2. Armee Nr. 24.

Stier, Dienstbeschädigung und Rentenversorgung bei Psychoten, aus „Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit“ usw. Vorträge, herausgegeben von Adam. Jena 1917.

— Disk. zum Vortr. Oppenheim. Neurol. Centralbl. Nr. 8.

— Disk. zum Vortr. Bonhoeffer. Neurol. Centralbl. Nr. 13.

Strasser, Über Unfall- und Militärneurosen. Jahresvers. d. Ver. Schweizer Irrenärzte. Schweizer ärztl. Korrespondenzbl. Nr. 9.

Tausk, Zur Psychologie des Deserteurs. Internat. Zeitschr. f. ärztl. Psychoanalyse **4**, H. 4.

Telcki, Kriegsprobleme sozialer Fürsorge. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 10ff.

Többen, Über Kriegshysterie, insbesonders die sog. Zitterneurose und deren Behandlung. Militärärztl. Vortr. in Dortmund. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 16, 17.

Trömner, Kriegshysterie. Ärztl. Ver. Hamburg am 15. I. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11.

— Disk. zum Vortr. Cimbal. (Klinische Arbeitsversuche bei Erschöpften.) Ärztl. Ver. Hamburg am 27. III. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 19.

— Die pseudosklerodermatische Form der traumatischen Neurose. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11.

Urbantschitsch, Über Gedächtnisstörungen infolge von Erkrankungen des Ohrs. K. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11.

Uthoff, Kriegsneurologisch-ophthalmologische Mitteilungen. Archiv f. Psych. 58.

Vogt, Die Neurosen im Kriege, in „Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems“. Wiesbaden 1917.

Voss, Nervenärztliche Erfahrungen an 100 Schädelverletzten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.

— Zur Frage der Begehrungsvorstellungen und ihre Bedeutung für die Entstehung der Hysterie. Med. Klin. Nr. 32.

— Zur Frage der sozialen Bedeutung der Kriegsneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 21.

— Assoziationsversuche bei Kriegsteilnehmern. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Baden-Baden Juni 1917. Ref. Archiv f. Psych. **57**.

Wachsner, Zur Behandlung funktioneller Störungen bei Soldaten nach modifiziertem K.-Verfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.

v. Wagner, Erfahrungen über Kriegsneurosen. Wiener med. Wochenschr. 1916/17 (auch Wien, 1917).
Wagner, Die Dienstbeschädigung bei nerven- und geisteskranken Soldaten. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **37**, H. 3/4.
Weber, Zur Behandlung der Kriegsneurosen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38.
— Kriegsparalyse und Dienstbeschädigung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34.
— Hysterische Schüttelerkrankung und Insufficientia vertebrae Schanz. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.
— Nach Kaufmann geheilte Kriegshysterie. Med. Gesellsch. in Chemnitz. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.
— Diskussion über Kriegsverletzungen. Tagung mitteldeutscher Psychiater in Dresden. Ref. Archiv f. Psych. **57**, H. 2.
Wedekind, Beiträge zur Kasuistik der psychischen Infektion. Journ. f. Psychol. u. Neurol. **23**.
Weichbrodt, Zur Behandlung hysterischer Störungen. Archiv f. Psych. **57**, H. 2.
— Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschr. f. Psych. **42**, H. 1.
Weichsel, Psychosen und Neurosen im Kriege. Der prakt. Arzt 1917, Nr. 12—15.
Weinert, Plötzliche Todesfälle bei Soldaten. Med. Gesellsch. in Magdeburg am 22 V. 17. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37.
Werler, Über Blasenneurosen Pollakisurie und Incontinentia vesicae bei Kriegsteilnehmern und ihre Behandlung. Med. Klin. Nr. 23.
Westphal, Über doppelseitige hysterische Amaurose. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 22. X. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
— Fall von hysterischem Hemispasmus glossolabialis. Gesellsch. f. Naturheilkunde in Bonn am 14. V. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
Weygandt, Psychiatrische Gutachtertätigkeit im Kriege. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Maiheft 1917.
— Die Geisteskrankheiten im Kriege und die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems. Wiesbaden 1917.
— Demonstration über Diensttauglichkeit und Dienstbeschädigung bei psychischen Störungen. Ärztl. Ver. in Hamburg am 24. IV. 17. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 16.
— Über Psychologie und Psychopathologie der kriegführenden Völker. Mitteil. aus d. Hamburger Staatskrankenanstalten **15**.
Wilmanns, Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Bereich des 14. Armeekorps. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
Wolffberg, Zur Diagnose der Nachtblindheit. Wochenschr. z. Therapie u. Hygiene der Augen 1917.
Wollenberg, Psychopathische Persönlichkeiten im Kriege. Straßburger med. Zeitung Nr. 5.
— Ein seltener Fall psychogener Kriegsbeschädigung. Archiv f. Psych. **58**.
Zak, Beobachtungen bei Hemeralopie und Skorbutkranken. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 19. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22.
Zielinsky, Kriegshypnose. Gaz. lekarska **9**. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 19.






YALE MEDICAL LIBRARY
3 9002 01045 3273

